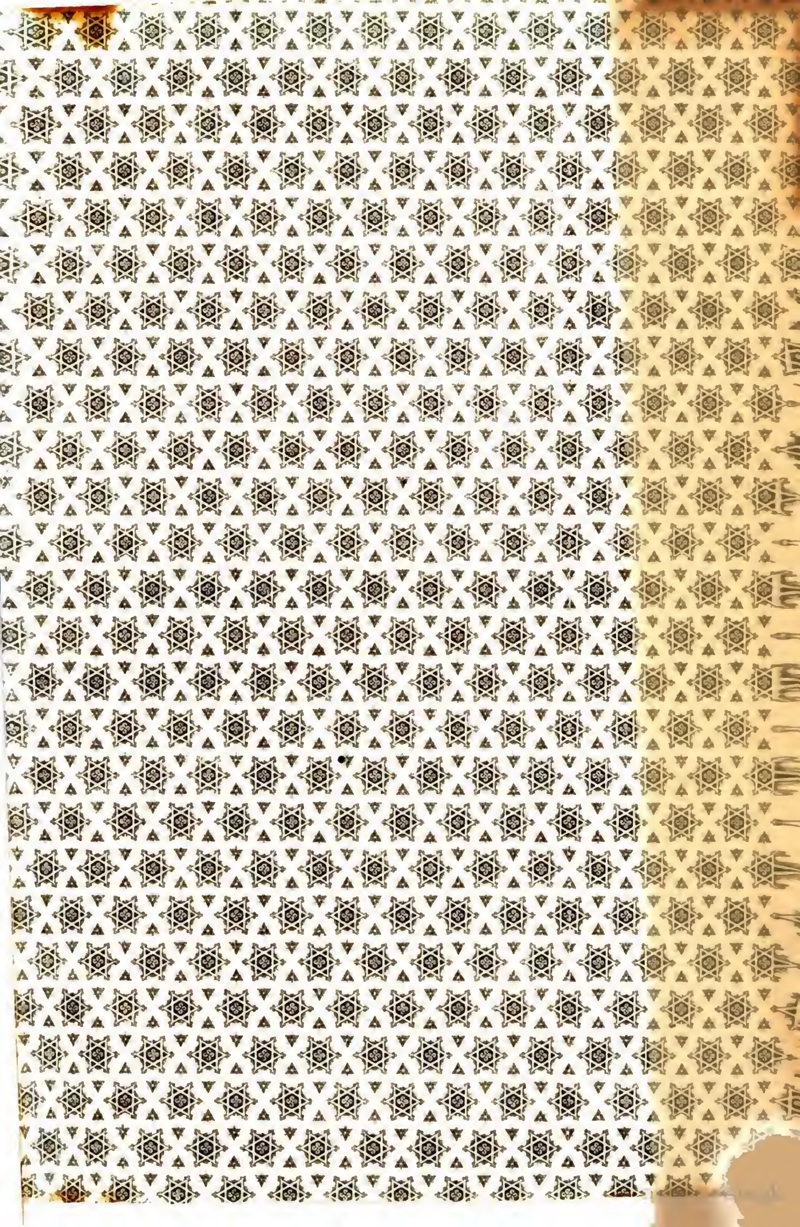
ZENTRALBLATT FÜR GYNÄKOLOGIE





Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling und **Dr. Heinrich Fritsch**
in Stuttgart in Halle a. S.

Dritter Jahrgang.

Leipzig,
Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel.
1879.

Originalmittheilungen.

Namenregister.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmittheilungen.)

Sachregister.

(Die mit * versehenen Seitenzahlen bezeichnen Originalmittheilungen.)

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Dritter Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 15 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

N⁰. 1. **Sonnabend, den 4. Januar.** **1879.**

I. Beitrag zur Statistik der Kaiserschnitte nach Porro.

Von

C. C. Th. Litzmann in Kiel.

Frau W., 29 Jahr alt, zweitgebärend. Allgemein verengtes plattes asymmetrisches Becken mit einer Conj. vera von 7,0—7,3 cm. Erste rechtzeitige Geburt vor 2 Jahren, nach mehrfachen vergeblichen Versuchen mit der Zange, durch die Perforation beendigt. Letzte Menstruation zu Anfang October 1877. Am 12. Juni 1878 Morgens 3 Uhr Abfluss des Fruchtwassers ohne vorher empfundene Wehen. Fünf Stunden später wurde die Kreissende zu Wagen in die Anstalt gebracht. Uterus noch ziemlich wasserhaltig; Frucht klein, in 1. Diagonale mit der Rückenfläche nach links, Kopf beweglich auf dem Beckeneingange. Die enge, normal lange Scheide endet nach oben mit stumpf-kegelförmigem Gewölbe blind. Ihre Wand ist ringsum, vorzugsweise rechts, von zahlreichen Narbensträngen durchsetzt, welche, meridional ver-

laufend, in einer kleinen, etwas nach rechts vom Scheitel des Blindsackes gelegenen Oeffnung zusammentreffen. Es gelingt nicht, eine Sonde durch diese Oeffnung vorzuschieben; wohl aber sieht man im Speculum, wie leicht getrübtes Fruchtwasser in einem continuirlichen schwachen Strome aus ihr hervorrieselt. Vom Rectum her fühlt man als Fortsetzung des den Kopf umschliessenden unteren Uterinsegmentes einen etwa 2 cm langen derben Zapfen, dessen unteres Ende gegen die Stelle der Oeffnung im Scheidengewölbe gerichtet ist.

Die Wehen blieben während dieses und des folgenden Tages schwach und selten. Erst am Morgen des 14. Juni setzten sie stärker ein, mit reichlicherem Wasserabfluss und allmäliger geringer Auflockerung der Narbenstränge in der Scheidenwand, ohne dass der Kopf in's Becken eintrat. Gegen Mittag wurden die Wehen immer schmerzhafter, die Temperatur der Kreissenden war um $1^1/_2$ Uhr Nachmittags bis auf 38,4° (im Rectum) gestiegen, die mechanischen Verhältnisse unverändert, der Fötalpuls in normaler Frequenz laut vernehmbar. So entschloss ich mich, den Kaiserschnitt zu machen und, bei der Unmöglichkeit, den Lochien einen freien Abfluss durch die Scheide zu sichern, die Exstirpation des Uterus folgen zu lassen. Es wurden, so weit die beschränkte Zeit es zuliess, alle Vorbereitungen, wie zur Ovariotomie, getroffen, das Operationszimmer gelüftet, mit Carbolwasser ausgesprengt, der Fussboden mit Carbolwasser gewaschen, Bauch und äussere Genitalien nach vorheriger Ausspülung der Scheide mit Carbolwasser gereinigt, die Operation selbst unter Spray und den übrigen Lister'schen Cautelen ausgeführt (3 Uhr Nachm.). Ich führte den Bauchschnitt sogleich bis einige cm über den Nabel hinauf und es gelang mir ohne grosse Mühe den uneröffneten Uterus durch die Wunde hervorzuhebeln. Nachdem der Cervix mit einem Gummischlauch fest umschnürt war, spaltete ich die vordere Uteruswand in ihrer ganzen Länge. Obwohl der Schnitt die Placenta traf, ergoss sich nur wenig Blut. Ich umging sie nach links, ergriff den Kopf des Kindes, und förderte es ohne Verzug durch die Wunde zu Tage. Es war weiblichen Geschlechtes (2590 g schwer und 34,5 cm lang), scheintodt, sehr blass, aber nicht schlaff, mit langsamen Nabelschnurpuls, öffnete nach dem Abnabeln die Augen, begann aber erst im warmen Bade zu athmen und nach etwa 10 Minuten zu schreien. Nachdem ich — gleich nach dem Abnabeln des Kindes — die Placenta vollends abgeschält und die Nachgeburt aus dem Uterus entfernt hatte, blieb derselbe völlig schlaff, ohne Blutung. Er wurde nun etwas oberhalb des Gummischlauches. mit 10 in einander greifenden Schlingen von carbolisirter Seide umschnürt, das rechte Lig. latum isolirt unterbunden, das linke war mit in die Wandligatur gefasst. Beide Ovarien reichten mit ihrer lateralen Spitze bis dicht an die Schnürlinie. Nach Knotung der Fäden trug ich den Uterus reichlich 2 cm oberhalb der Ligaturen ab. Aus der blossen Schnittfläche der Wand blutete es gar nicht; dagegen quoll aus dem vollständig erhaltenen Lumen des Stumpfes etwas

Blut hervor. Es wurde daher dicht unterhalb der Schnürstelle noch einmal in 2 Hälften unterbunden, so dass hier das Lumen aufgehoben war. Der alsdann reponirte Uterusstumpf lag dicht hinter dem unteren Wundwinkel. Vereinigung der Bauchwunde mit 11, theils tiefen, das Peritoneum mitfassenden, theils oberflächlichen Nähten von carbolisirter Seide. Verband mit Salicylwatte und einer Rollbinde von Flanell. Die Operation hatte etwa 2 Stunden gedauert.

Leider unterlag die Wöchnerin am 6. Tage nach der Operation einer septischen Peritonitis. Von Anfang an wurde unsere Besorgniss erregt durch die zunehmende Frequenz des Pulses (100—132), die jedoch mit dem übrigen guten Befinden, der kaum subfebrilen Temperatur, der langsamen Respiration, dem lebhaften Appetit und dem ruhigen Schlafe der Kranken in entschiedenem Widerspruche stand. Zeitweilig auftretende Schmerzen im Leibe und im Kreuze wurden durch kleine Morphium-Injectionen jedesmal schnell beseitigt. Am Abend des Operationstages hatte sich ein geringer blutiger Ausfluss aus der Scheide gezeigt, der am folgenden Morgen übelriechend wurde, sich aber nach mehrmaligen vorsichtigen Ausspülungen der Scheide mit Carbolwasser schon im Laufe des Tages wieder verlor. Am 16. Juni klagte die Kranke gegen Abend über starke Beklemmung und Druck im Epigastrium, weshalb, zu ihrer grossen Erleichterung, die Binde etwas gelüftet wurde. Am 18. Juni wurde die Kranke ohne eigentliche Schmerzen, ohne Steigerung der Temperatur, bei sogar abnehmender Pulsfrequenz, auffällig unruhig, schlief aber nach einer Morphium-Injection mehrere Stunden ganz sanft. Gegen Abend nahm indess die Pulsfrequenz wieder zu. Die Nacht verging in grosser Unruhe. Am anderen Morgen erschien, bei starker Cyanose des Gesichts, die Conjunctiva bulbi leicht ikterisch gefärbt. Unter langsamem Ansteigen der Temperatur und wachsender Unruhe collabirte die Kranke mehr und mehr, der Puls wurde hüpfend, unzählbar. Um 7 Uhr Nachmittags war die Temperatur bis auf 40,2° gestiegen. Es wurde der Verband entfernt. Mit Ausnahme des stark aufgeblähten Epigastrium zeigte sich jetzt das Abdomen nur mässig gewölbt, die Wundränder lagen gut aneinander. Nur am unteren Wundwinkel haftete etwas bräunliches Secret und bei einer plötzlichen Action der Bauchpresse drang aus demselben eine dünne, bräunliche, stinkende Flüssigkeit hervor. Sogleich wurden, nach leichter Chloroformirung der Kranken, die untersten Ligaturen durchschnitten und die verklebten Wundränder hier zum Klaffen gebracht. Aus der so entstandenen Oeffnung ergoss sich in dickem Sprudel eine grosse Menge Jauche. Der eingeführte Finger gelangte in einen ziemlich grossen, nach rechts vom Uterusstumpf begrenzten, anscheinend völlig abgeschlossenen Raum. Er wurde mit einer 4 % Carbolsäurelösung ausgewaschen; darauf an dem tiefsten Punkte desselben das hintere Scheidengewölbe von der Vagina her mit einem Troikart durchbohrt und nach Einlegung eines Gummidrains nochmals eine Ausspülung gemacht. Indess nahmen

trotz wiederholten Kampher- und Aetherinjectionen die Collapserscheinungen und die Cyanose stetig zu, die Kranke begann zeitweilig zu deliriren und am 20. Juni um $1^1/_2$ Uhr Morgens erfolgte der Tod.

Von dem Sectionsbefunde hebe ich nur hervor, dass auch in dem oberen und rechtsseitigen, gegen den eröffneten Jaucheherd abgeschlossenen Theile der Bauchhöhle, zwischen den aufgeblähten Darmschlingen vertheilt, reichlich schmutzige, jauchige Flüssigkeit sich befand. Das Schnürstück des Uterusstumpfes — es wurde genauer erst untersucht, nachdem das Präparat einige Tage in einer Carbolsäurelösung gelegen hatte — erschien gleichmässig stark hämorrhagisch infiltrirt, ein Theil der Gefässe mit Thromben erfüllt. Es hatte auf dem Durchschnitt eine gleichmässig hellrothe Farbe und die Consistenz von weichem Kautschuck. Die einzelnen Ligaturen umschlossen mit festgeschürzten Knoten die gefassten Gewebspartien, doch so, dass bei den meisten zwischen den Fäden und der matschen Uterussubstanz eine dünne Sonde sich einschieben liess, während bei einem Theile dies nicht gelang. Ein senkrechter Durchschnitt des Uterusrestes zeigte das Lumen desselben noch erhalten; die Wände convergirten nach unten gegen die Oeffnung im Scheidengewölbe, an welcher die reichlich 1 cm dicke Cervicalwand in die sehr viel dünnere Vaginalwand überging. Auch das paracervicale Bindegewebe war eine Strecke aufwärts von jener Oeffnung von narbigen Schwielen durchzogen.

Es ist mir nicht zweifelhaft, dass in diesem Falle das zersetzte Secret, welches im Cervicalcanal nach 60stündiger Geburtsdauer stagnirte und später durch die Scheide abfloss, die Infection bewirkte. Sie würde sich wahrscheinlich haben verhüten lassen, wenn ich nach der Entleerung des Uterus, eventuell nach vorausgeschickter unblutiger Erweiterung der Oeffnung im Scheidengewölbe, eine starke Carbolsäurelösung durchgetrieben und nach der Abtragung des Organs die Wundflächen des Stumpfes nach Schroeder durch theils sehr tiefliegende, theils oberflächliche Nähte vereinigt und somit auch nach dieser Seite hin die Bauchhöhle vollständig verschlossen hätte.

II. Anatomische Beiträge zur Indicationsfrage der Freund'schen Operation.

Von

Dr. **Otto Binswanger,**

I. Assistent am pathologischen Institute zu Breslau.

Bei der weittragenden Bedeutung, welche die Freund'sche Methode der totalen Uterusexstirpation für die operative Gynäkologie, speciell für die Behandlung des carcinomatös erkrankten Uterus be-

sitzt, hat auch der kleinste Beitrag zur Klärung der Indicationsfrage seine Berechtigung. In diesem Sinne bitte ich die kurze Mittheilung einiger Leichenbefunde nach der Operation verstorbener Frauen, im Weitern der Ergebnisse, welche die Untersuchung der exstirpirten Uteri darboten, aufzufassen. Die ausführliche Veröffentlichung der Sectionsberichte der obducirten Fälle werden die Herren Dr. Toeplitz und Dr. Bruntzel im Anschluss an die klinische Bearbeitung derselben bringen.

Bei 5 von mir obducirten Fällen war einmal eine Perforativperitonitis die Todesursache, einmal erfolgte der Tod unter uraemischen Erscheinungen nach Unterbindung beider Ureteren bei Fassung der Stumpfligaturen, in 3 Fällen war der tödtliche Ausgang durch den anatomischen Befund der Bauchhöhle unaufgeklärt. Das Peritoneum bot fast keine Zeichen einer entzündlichen Reizung; nur die Umgebung der Stichcanäle zeigte eine stärkere Injection der Serosa und vereinzelte kleine hämorrhagische Stellen. Nirgends vermehrter Flüssigkeitsgehalt, im Gegentheil fiel die grössere Trockenheit der Serosa auf. Von den Befunden der übrigen Organe beansprucht nur die Beschaffenheit des Herzmuskels in den besagten 3 Beobachtungen eine besondere Bedeutung. Uebereinstimmend finden wir den Herzmuskel beider Herzhälften von auffallend welker Beschaffenheit, von trüber blassgelber Färbung. Die mikroskopische Untersuchung ergab verschieden hohe Grade von Verfettung der Muskelsubstanz. Zum Theil erschienen die Fasern wie bestäubt, zum Theil fanden sich im Sarcolemmschlauche distincte Fetttröpfchen.

Das in der klinischen Beobachtung der Fälle gegebene Bild des shokartigen tödtlichen Ausgangs gewinnt durch diesen Leichenbefund seine Erklärung. Die neuen interessanten Versuche von Gutsch (Ueber den Shok, Inauguraldissertation, Strassburg 1878) haben uns gezeigt, dass operative Eingriffe in der Bauchhöhle durch lange fortgesetzte Reizungen des Bauchfells zu reflectorischer Herz- und Lungenlähmung analog dem Goltz'schen Klopfversuche führen können. Dass ein in seiner Kraftleistung herabgesetzter Herzmuskel diesen schädlichen Einflüssen viel rascher unterliegt, ist leicht verständlich. Nehmen wir den seit Wegner bekannt gewordenen Wärmeverlust vom Peritoneum aus als weitere Schädlichkeit hin, so haben wir Momente genug den Shok-Tod zu erklären. Vielleicht findet die auffallende Trockenheit der Bauchserosa im letzgenannten Factor seine Erklärung. Die weitere Frage, ob wir hier ein unglückliches Zusammentreffen weitergehender Herzmuskel-Erkrankungen vor uns haben, oder ob dieselbe schon auf bestehende Krebskachexie zurückgeführt werden müssen, ist selbstverständlich noch offenstehend. Gegen die letztere Annahme spricht die Thatsache, dass es sich in allen 3 Fällen um gut genährte, noch mit reichlichem Fettpolster versehene Individuen handelte. Für jeden Fall weisen die genannten 3 Beobachtungen darauf hin, dass bei der Stellung der Indicationsfrage die Kraft der Herzarbeit in erster Linie in Berücksichtigung

gezogen werden muss. In den beiden andern Beobachtungen zeigte sich der Herzmuskel gesund.

Eine weitere Frage, die uns vom anatomischen Gesichtspunkte beschäftigen muss, ist diejenige nach dem Zeitpunkte und den Wegen der Weiterverbreitung der carcinomatösen Erkrankung in die Umgebung. Bis zu welchen Grenzen das locale Weiterschreiten des Processes auf das Laquear vaginae noch einen günstigen Erfolg der Ausführung der Operation erlaubt, wird immer dem Operateur zur Beantwortung überlassen bleiben. Ich beschränke mich deshalb auf die Mittheilung der Ergebnisse, welche die Untersuchung der benachbarten Lymphapparate darbot. In den ersten 3 Fällen ergab die Untersuchung der oberflächlichen und tiefen Leistendrüsen sowie der retroperitonealen Drüsenpackete bezüglich einer carcinomatösen Infiltration negative Resultate. Immer aber waren dieselben beträchtlich geschwellt, lebhaft grauroth gefärbt, von derber Beschaffenheit. In den beiden letzten Fällen fanden sich übereinstimmend einzelne retroperitoneale, der Vena iliaca dextra anliegende Drüsen schon makroskopisch deutlich erkennbar von distincten Krebsknoten durchsetzt, welcher Befund leicht mikroskopisch bestätigt werden konnte. Im ersten Falle handelte es sich um ein schon ziemlich weit auf das hintere Scheidengewölbe fortgeschrittenes Carcinom der Vaginalportion und war somit eine anatomische Bestätigung der von Credé jun. und Leopold ausgesprochenen Befürchtung gegeben, dass auf das Laquear vaginae weiter fortgeschrittene Carcinome wohl immer schon zu Drüseninfiltrationen werden geführt haben. Im 2. der genannten Fälle handelte es sich jedoch um ein fast völlig local gebliebenes Carcinom der Vaginalportion. Die Untersuchung der zugehörigen Lymphbahn ergab keine entscheidenden Resultate, doch möchte ich hier auf die Beobachtung von Leopold hinweisen, der in seinem Falle die Lymphstränge der hinteren Blasenwand mit Carcinommassen erfüllt sah.

Bezüglich der Untersuchung der exstirpirten Uteri — ich habe mit Einschluss der geheilten und nicht obducirten Fälle 11 Objecte zu untersuchen Gelegenheit gehabt — hebe ich nur hervor, dass in 2 Beobachtungen von primärem Carcinom der Vaginalportion die Schleimhaut des Uteruskörpers mit erkrankt war. Während aber in dem einen dieser beiden Fälle die Vaginalportion fast völlig zerstört und die carcinomatöse Entartung von der Cervicalschleimhaut gleichmässig fortschreitend auf diejenige des Uteruskörpers übergegangen war, handelte es sich in dem andern Falle[1]) um ein noch wenig fortgeschrittenes Carcinom der Vaginalportion. Die Cervicalschleimhaut und diejenige des untern Uterinabschnittes zeigte sich stärker geschwellt, aber völlig frei von carcinomatöser Erkrankung; nur die

---

[1]) Herr Prof. Ponfik, welcher den Fall zuerst untersuchte und den gegebenen Befund feststellte, hatte die Güte, mir das Object zur weitern Untersuchung zu überlassen.

Schleimhaut des Fundustheils war an der carcinomatösen Erkrankung mit betheiligt. Es ist dieser letztgenannte Befund von um so grösserer Wichtigkeit, als Schröder für die Carcinome der Vaginalportion die von ihm geübte supravaginale Excision des Cervix uteri empfohlen hat. Durch die gegebene Thatsache wird es aber zweifelhaft, ob durch die genannte Operation in allen Fällen alles Erkrankte entfernt wird. Für jeden Fall entspricht die Freund-sche Operation der Anforderung der möglichst ausgiebigen Entfernung alles Erkrankten am meisten. Ohne die technische Seite der angeregten Frage weiter berühren zu wollen, möchte ich zum Schlusse hervorheben, dass in allen obducirten Fällen der Abschluss gegen die Scheide vollständig hergestellt und trotz der kurzen Lebensdauer im ganzen Bereiche des Operationsfeldes Verklebung der Bauchserosa vorhanden war.

Breslau, den 9. December 1878.

III. Ein weiteres Verfahren um bei Längslagen die Stellung des Rückens zu ermitteln.

Von

Prof. **F. Ahlfeld.**

Zu den bekannten Methoden, die zur Bestimmung der Stellung des Rückens bei äusserer Untersuchung angewendet werden, hatte ich in einem Vortrage der Volkmann'schen Sammlung (No. 79) eine neue hinzugefügt, welche darauf basirte, dass bei ersten Schädellagen die grössere Hälfte des Kopfes über die Mittellinie hinaus nach der rechten Seite hin ragte, nach der linken Seite bei zweiter Schädellage. Schon längere Zeit habe ich ein anderes Verfahren erprobt, das bei allen Längslagen anzuwenden ist, sobald das Kind eine bestimmte Grösse hat, ungefähr, sobald die Gebärmutter mit ihrem Grunde die Nabelhöhe überschritten.

Man drückt in der Mittellinie des Uterus, da, wo bei einer Längslage voraussichtlich die Bauchaushöhlung des kindlichen Ovoids sich befindet, kräftig mit 3 oder 4 zusammengelegten Fingern in der Richtung gegen die Wirbelsäule ein. Durch diesen Druck schiebt sich die Hand gegen den Bauch des Kindes vor und das ganze Kind weicht diesem Drucke aus. So drängt man es, lag der Rücken links, soweit in die linke Seite des Uterus hinein, dass dieser sich nach dieser Seite hin ausbuchtet und somit die entgegengesetzte Seite des Unterleibes der Frau vollständig frei wird. Es ist nun ein Leichtes, während man die drückende Hand liegen lässt, mit der freien Hand zu entdecken, ob die linke oder die rechte Seite des Unterleibes ganz frei und weich, die andere gefüllt ist. Auf letzterer liegt dann der Rücken.

---

1. **Dohrn** (Marburg). 25 Ovariotomien.

(Deutsche med. Wochenschrift 1878. No. 46 und 47.)

Die Operationen wurden in der Marburger Klinik ausgeführt, in der das Isolirsystem streng durchgeführt ist. Das eingeschlagene Verfahren gleicht im Wesentlichen dem von Hegar beschriebenen. Lüftung und eventuell Auschlorung der Zimmer, strenge Auswahl in der Zulassung von Personen zur Operation, Desinfection der Hände und Schwämme mit Chlorwasser. Sonst wurden keinerlei desinficirende Massregeln angewendet.

Der Stiel wurde immer mit Hanfschnur unterbunden und versenkt; bei Catgut fürchtet Verf. Nachblutung. Drainirt wurde niemals, Verf. vertraut vollständig auf die resorbirende Kraft des Peritoneums.

Bei diesem Verfahren genasen 20 Fälle, ein Beweis, dass sich auch ohne das Lister'sche Verfahren bei strengster Reinlichkeit gute Erfolge erzielen lassen; unter den 5 Todesfällen ist nur einer durch Infection, die dadurch entstand, dass ein während der Operation in das Local eintretender College, der sich gegen die Vorschrift der Berührung mit Kranken an dem Tage nicht enthalten hatte, gerade zu einem durch starkes Erbrechen hervorgerufenen Darmvorfall hinzukam und gleich zufasste; am 4. Tage Tod durch Sepsis.

Von den übrigen Todesfällen kamen 2 auf Carcinom, 1 auf Flächenblutung einer grossen Adhäsionswunde. Der letzte starb ebenfalls unter den Erscheinungen einer innern Blutung, leider konnte keine Section gemacht werden.

Zum Schluss sind die Fälle tabellarisch zusammengestellt. Besonders hervorzuheben ist noch, dass 5 Fälle von Dermoidcysten vorkamen, die sämmtlich genasen. Ferner eine doppelseitige Ovariotomie wegen Sarcoma der Ovarien, Genesung.

Zwei interessante Details sind noch zu erwähnen. Durch eine Probepunction wurde bei einer Patientin 500 ccm Cystenflüssigkeit entleert, am 3. Tage sollte die Operation vorgenommen werden. Am Abend des letzten Tages war sie aufgestanden. Nach der Chloroformirung fand man die Cyste nicht mehr vorhanden und es wurde nachträglich constatirt, dass die Nacht vorher reichliche dünne Stühle und Urinmengen abgegangen waren. Die Punctionsstelle war also offenbar geborsten und der Inhalt in den Peritonealsack entleert und von da resorbirt worden. Erst nach 2 Jahren füllte sich die Cyste wieder.

Bei einer anderen Patientin, die erst seit 3 Wochen eine Anschwellung des Abdomens bemerkt hatte, ergab die Probepunction eine ziemliche Menge Flüssigkeit von 1004 spec. Gewicht ohne Albumingehalt. Bei der Operation fand man jedoch eine Dermoidgeschwulst, deren vorderer oberer Theil ein dünnes Fluidum, deren unterer grösserer Theil jedoch einen festen durch Haare verfilzten Brei enthielt.

Schellenberg (Leipzig).

2. **A. Martin** (Berlin). Zur Ovariotomie.

(Berliner klin. Wochenschrift 1878. No. 15 u. 16.)

Schon lange war man einig, dass nur auf operativem Wege eine Radicalheilung, der hier vorzugsweise in Betracht kommenden cystischen Entartung der Ovarien, zu ermöglichen sei, aber die Indication zum Einschreiten wurde wesentlich durch die ausserordentliche Gefahr des Eingriffs beherrscht, so dass selbst die glücklichsten Operateure nur dann zur Ovariotomie schreiten wollten, wenn das Leben der Pat. durch die Geschwulst gefährdet zu werden beginne. Erst als man das antiseptische Verfahren bei der Ovariotomie einführte, ergab sich, dass diese Operation eine relativ ungefährliche ist. Mit Rücksicht auf diese grosse Sicherheit des Erfolgs kann man die Indication so formuliren, dass jeder Ovarialtumor, der sich nicht lediglich als das Product einer vorübergehenden Schwellung durch acute Oophoritis erweist, durch die Ovariotomie entfernt werden muss.

Die verbesserte Prognose der Exstirpation erkrankter Ovarien wirkte auch nach anderer Beziehung fruchtbringend. So ist hier namentlich die von Hegar in die Praxis eingeführte und mit Specialindicationen versehene »Castration« der Frauen zu erwähnen. Verf. erläutert die einzelnen Gesichtspunkte durch mehrere Krankengeschichten; giebt eine kurze Uebersicht seines Verfahrens und schliesslich eine Tabelle der von ihm operirten 16 Fälle.

6 ohne antiseptische Cautelen — 3 Todesfälle (1 Carcinom), 10 mit antiseptischen Cautelen — 3 Todesfälle (1 myxoma ovarii, 1 Graviditas extrauterina, Gangrän des Colon, Resection, Darmnaht).

Schellenberg (Leipzig).

---

3. **R. Battey** (Rome, Georgia). — Giebt es ein Feld für Battey's Operation?

(Verhandlungen der Amer. gynäk. Gesellschaft 1877. p. 279.)

Nach einer wiederholten Discussion der Indicationen für die Exstirpation der normalen oder nicht zu Tumoren entarteten Ovarien, stellt Verf. folgende Schlüsse auf: 1) In den Fällen von Mangel des Uterus, wo das Leben gefährdet oder die Gesundheit zerstört wird durch diesen Mangel, ist die Entfernung der Ovarien das einzige und hoffnungsvollste Rettungsmittel. 2) In Fällen wo eine durch chirurgische Hülfe nicht zu beseitigende Atresie der Uterushöhle oder des Scheidencanals existirt und ernstliche Symptome auftreten, ist die Entfernung der Ovarien die letzte, einzige, und hoffnungsvolle Zuflucht. 3) Bei Irrsinn, oder chronischer Epilepsie, welche auf Erkrankung des Uterus oder der Ovarien beruht, ist die Operation als letzte Zuflucht zu rechtfertigen, nachdem alle anderen Mittel erfolglos waren. 4) In Fällen von lang dauerndem, auf die monatlichen nervösen und vasculären Störungen beruhendem, physischem und geistigem Leiden, welches allen Heilversuchen getrotzt hat, ist die Frage der Vornahme

dieser Operation dem ruhigen Urtheile des gewissenhaften Arztes in jedem einzelnen Falle zu überlassen.

Bei der folgenden Discussion fügt Trenholme aus Montreal noch eine Indication hinzu, die durch Hegar's Operationen bekannte von unstillbarer Blutung durch grosse, nur durch Hysterotomie zu entfernende Uterusfibroide.

Peaslee nimmt ohne Weiteres Battey's beide ersten Indicationen an. Was die Fälle von scheinbar normaler Entwicklung der Genitalien anbelangt, so würde er folgende Fälle von der Operation ausschliessen: 1) Frauen im 40. Jahre oder darüber, wegen der bald bevorstehenden Menopause; 2) auch Frauen unter 40 Jahren, bei welchen die Ovarialschmerzen die einzige Indication sind, — weil diese Schmerzen möglicherweise übertrieben werden, oder die Opiumgewohnheit existirt, welche erst beseitigt werden muss, oder weil, wenn die Schmerzen rein neuralgischer Natur sind, es keineswegs sicher steht, dass die Entfernung der Ovarien dieselben dauernd beseitigen wird. 3) Fälle, in denen Adhäsionen und vermuthliche massenhafte Anlöthung der Ovarien die Möglichkeit der vollständigen Entfernung derselben unwahrscheinlich macht. — Dagegen würde Peaslee es für seine Pflicht halten, bei beginnender und zunehmender geistiger Störung, welche seiner Ueberzeugung nach von dem Verhalten der Ovarien abhängt, dieselben zu entfernen. P. hält die Operation durch die Bauchdecken für weniger gefährlich, als per vaginam. Goodell hat wegen heftiger, durch ein grosses Uterusfibroid verursachter Dysmenorrhoe beide Ovarien per vaginam exstirpirt, und nach 3 Monaten kein Auftreten der Menstruation, aber bedeutende Besserung der Pat. und Schrumpfung des Fibroids beobachtet.

P. F. Mundé (New-York).

---

4. **Foulis** (Edinburg): Beiträge zur Diagnose maligner Ovariengeschwülste und maligner Peritonitis.

(Brit. med. Journ. 1878. Nov. 2.)

Verf. sieht sich veranlasst, noch einmal Thornton gegenüber die Priorität seiner Entdeckung der Bedeutung der proliferirenden Zellenmassen in ascitischer Flüssigkeit als Mittel zur Diagnose maligner Peritonitis und maligner Ovarialgeschwulst zu wahren. Aus den theilweise ausführlichen Wiederholungen früherer Arbeiten geht dieselbe allerdings deutlich hervor.

Die wahren von ihm zuerst beschriebenen Zellgruppen, bedeutungsvoll für Infection des Peritoneum von bösartigen Ovarialgeschwülsten aus, sind bemerkenswerth durch ihre Verschiedenheit in Grösse und Form und durch ihren Kernreichthum. Dieselben Zellgruppen finden sich übrigens auch in ascitischer Flüssigkeit, die andre bösartige Tumoren als solche vom Ovarium ausgehende umspült. Ebenso sind sie, wenn in pleuritischer Flüssigkeit vorkommend, ein Zeichen der malignen Natur der Erkrankung.

Ferner ergiebt sich der Schluss, dass der Befund solcher Zellgruppen in Ovarialcysten und der Mangel in der umgebenden Ascitesflüssigkeit zur möglichst raschen Entfernung der Cyste auffordern müssen.

An den von Wells und Keith mitgetheilten Zahlen lässt sich nachweisen, dass die Fälle von bösartiger Neubildung des Ovariums durchaus nicht so selten sind.

Das Stroma des Ovariums steht nach Verf.'s histologischen Forschungen in directem Zusammenhang mit dem des Peritoneum. Dieses und die sogenannte pleuroperitoneale Membran ist sehr reich mit Lymphgefässen versehen, welche mit den in den Hilus des Eierstocks eintretenden zusammenhängen. Die Bedeutung dieses Zusammenhangs liegt darin, dass Uebergang von Neubildungen des Ovariums auf das Peritoneum einmal allerdings durch Abbröckeln oberflächlicher Geschwulsttheile und Einpflanzung aufs Peritoneum bedingt werden kann, zweitens aber und hauptsächlich durch die Lymphwege.

Zum Schluss zeigt Verf. noch an einem Beispiel die Bedeutung der Untersuchung der Ascitesflüssigkeit für die Prognose des Falls.

Leider kommt der wissenschaftliche Werth der Abhandlung durch den privaten dazwischen eingeflochtenen Prioritätsstreit nicht recht zur Geltung in der Darstellung. **Fehling** (Stuttgart).

---

5. **S. Duplay** (Paris). Indicationen und Contraindicationen der Ovariotomie.

(Lyon Med. 1878. p. 370.)

1. Die Frage nach Indicationen und Contraindicationen darf erst erörtert werden, wenn eine äusserst sorgfältige Diagnose gestellt und eine Probepunction gemacht worden ist.

2. Die O. ist indicirt, wenn die Cyste durch ihr Volumen der Trägerin ausserordentliche Beschwerden macht, oder die durch ihre Gegenwart bedingten Local- oder Allgemeinerscheinungen eine Gefahr für das Leben anzeigen.

3. Die schwersten Complicationen localer und allgemeiner Natur: allgemeine Peritonitis, Entzündung, Vereiterung, übermächtige Grösse der Cyste, hochgradige Abmagerung etc. sind keine Contraindication; doch giebt es von dieser Regel Ausnahmen.

4. Contraindicationen sind: alle complicirenden Local- oder Allgemeinerkrankungen, die unabhängig von der Gegenwart der Cyste, voraussichtlich durch ihre Weiterentwicklung den Tod der Pat. bald zur Folge haben.

5. Die Beschaffenheit der Cyste: Wandung und Inhalt, Adhäsionen und der Zustand des Peritoneums (Ascites) sind von geringerer Bedeutung. Cysten mit serösem, nicht albuminhaltigen Inhalt, incidiren im Allgemeinen die Operation nicht.

Bei festen Verwachsungen des Tumors mit den Organen des

kleinen Beckens ist die Operation zwar nicht contraindicirt, aber doch so lange als möglich aufzuschieben.

6. Bei Complication mit Gravidität ist die Operation indicirt, wenn das Leben der Mutter und des Kindes direct gefährdet, Punction aber ohne Erfolg ist. **Schwarz** (Halle a/S.).

---

6. **E. Kimball** (Lovell, Mass.). Fälle, welche wichtige Punkte im Bereiche der Ovariotomie erläutern, nämlich: Die Behandlung der nach Durchtrennung von Adhäsionen folgenden Blutung durch längeren Druck mit weichen baumwollenen Tüchern; ferner in gewissen Fällen durch die Exclusion der blutenden Peritonealfläche von der Bauchhöhle mittelst tiefer Zapfennähte; und ferner, durch die Excision grosser Theile des Omentum.

Endlich die Behandlung subacuter Entzündung und Septikämie durch Drainage, antiseptische Injectionen, und die frühe und reichliche Verabreichung von Nahrung und Stimulantien.

(Verhandlungen der Amer. gynäk. Gesellschaft 1877. p. 525.)

Die Ueberschrift enthält die hauptsächlichen, in 8 Krankengeschichten vom Verf. betonten Punkte. Hervorzuheben ist besonders die Exclusion der blutenden Adhäsionsstellen am Peritoneum (deren Fläche in 2 der 4 Fälle, in denen sie angewendet wurde, einmal 90 Quatratzoll, das andere Mal 7 Zoll breit und 10 Zoll lang maass) durch Zapfennähte an der seitlichen Grenze der Adhäsionsstelle, wodurch eine gegenseitige Verklebung dieser Wundflächen erzielt wurde. Die freien Schnittflächen wurden durch oberflächliche Nähte vereinigt. Ferner ist zu bemerken, dass in 7 von den 8 Fällen eine Kanüle durch die Douglas'sche Tasche in die Scheide geführt wurde, durch welche bei jauchigem Ausflusse antiseptische Einspritzungen in die Bauchhöhle gemacht wurden; die Kanüle wurde erst nach dem Aufhören aller Secretion entfernt. Interessant ist noch, dass einer von den Tumoren, eine Polycyste, mit Inhalt 100 ℔ wog, eine andere 81 ℔. Eine Pat. war 70 Jahr alt. Alle Kranken genasen, trotz genannter und anderer ungünstiger Momente zur Zeit der Operation.

P. F. Mundé (New-York).

---

7. **D. Haussmann** (Berlin). Kann die Erweiterung des verengten Muttermundes durch den Pressschwamm die Empfängniss erleichtern?

(Vortrag, gehalten am 23. April 1878 in der Gesellschaft f. Geburtsh. u. Gynäkologie in Berlin.)

(Zeitschrift f. Geburtsh. und Gynäkologie Bd. III. Hft. 2.)

Die Anwendung der Schwämme zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken ist sehr alt, schon Hippocrates spricht davon.

Im Lauf der Jahrhunderte kamen verschiedene ähnliche Verfahren daneben auf. Simpson hat besonders das Verdienst den Pressschwamm als diagnostisches Hülfsmittel eingebürgert zu haben. Möst-

ler verwendete ihn auch zur Heilung der Sterilität, Braun führte die Laminaria digitata ein.

Trotz zahlreicher ungünstiger Erfahrungen, die viele Autoren mit Pressschwamm gemacht, hat zuletzt B. S. Schultze gezeigt, dass bei strenger Antisepsis sich mit Laminaria günstige Resultate in der Dilatation des Cervix als Vorbereitung für die Conception erzielen lassen.

Verf. zeigt nun, dass dem kürzer oder länger im Cervix gelegenen Pressschwamm bei der Entfernung immer Epithel des Cervix anhaftet, ebenso wie sich im Cervicalsecret mikroskopische Reste davon nachweisen lassen, die beim Quellen des Schwammes entsprechend dem eigenthümlichen Bau desselben zurückbleiben müssen. Der nach kurzem Liegen im Schwamm angesammelte Schleim enthält zahlreiche Micrococcen, ausserdem bewegungslose Samenfäden, die vorher Tage lang ihre Bewegung erhalten hatten.

Diese Nachtheile der Dilatation gehen wahrscheinlich bei Laminariaanwendung etwas langsamer voran. Versucht man der Bildung septischer Flüssigkeit durch Carbolausspülungen zu begegnen, so macht man dadurch das Leben der Samenfäden auf Tage hinaus unmöglich.

Verf. kommt daher zum Schluss, dass vorläufig diese Art der Erweiterung des Mutterhalses zur Erleichterung der Empfängniss nicht zu verwerthen sei. **Fehling** (Stuttgart).

---

8. **Drake.** Dilatation des Os uteri mit Vaginalglas- oder Gummi-Pessarien.

(Americ. Journ. of obst. 1878. April. p. 366.)

D. hat die Beobachtung gemacht, dass ein Fremdkörper in der Vagina, wenn er gegen die Portio vaginalis drückt, eine Zunahme der Succulenz der letzteren und eine Eröffnung des Os uteri bis zur Möglichkeit eine Fingerkuppe einzulassen erzeugt. Er empfiehlt daher Vaginalpessarien bei Dysmenorrhoe in der intermenstruellen Pause einzubringen und sie erst alle Mal wenige Tage vor dem zu erwartenden Beginne der nächsten Regel herauszunehmen.

Küstner (Jena).

---

9. **Andrejew.** Einige Worte zur Uterotomie.

(Medicinsky Westnik. 1878. No. 25, 26.)

Verf. versteht unter Uterotomie die blutige Dilatation des Cervicalcanals. Anknüpfend an einen Fall von starker Blutung in Folge von Durchschneidung einer grösseren Arterie bei bilateraler Incision des Cervix theilt Verf. folgende Beobachtung mit. Er hat mehrfach theils ohne, theils nach vorhergegangener Pressschwamm-Dilatation mit dem in den Cervicalcanal eingeführten Finger bald oberflächlichere, bald tiefere deutliche Pulsation wahrnehmen können. Immer fand sich dieselbe im Bereiche des mittleren oder oberen Drittels des

Scheidentheils. Vielleicht beruhen alle publicirten Fälle von stärkeren Blutungen bei dieser Operation auf Verletzung solcher abnorm stark entwickelter Zweige der Art. uterina.

Verf. empfiehlt, um diese üblen Zufälle zu vermeiden, vor dem Schnitt die Innenfläche des Cervicalcanals genau zu untersuchen. Er hat hierbei häufig Pulsation in dem Cervix gefunden, in Fällen, wo vor der Dilatation weder an der Aussenfläche der Vaginalportion, noch im Scheidengewölbe Pulsation nachweisbar war. Ist im gegebenen Falle das Orificium ext. so eng, dass sich kein Pressschwamm einführen lässt, so muss dasselbe durch seichte $^1/_3$—$^1/_2$ cm tiefe Incisionen (bei solchen sah Verf. nie nennenswerthe Blutungen) erweitert und dann nach Verheilung der Wundflächen die Pressschwammdilatation vorgenommen werden. **Steinmann** (St. Petersburg).

---

10. **Ely van de Warker** (Syracuse, New-York). Der gegenwärtige Stand des Intrauterinstiftes in der Behandlung der Uterusflexionen.

(Verhandlungen der Amer. gynäk. Gesellschaft 1877. p. 214.)

Nach einer interessanten historischen Uebersicht des Erfindens und der wechselnden Schicksale des intrauterinen Stiftes, welche nichts Neues bietet, citirt Verf. die Erfahrungen von E. Martin (148 Fälle), von Hartmann (60 Fälle), Amann (30 Fälle), Winckel (70 Fälle), Savage (44 Fälle), und mehrerer Anderer, und findet, dass er, einschläglich seiner eigenen 58 Fälle, 393 Fälle gesammelt hat, in denen fast ausschliesslich der Stift ohne äussere Stütze angewendet wurde, und von denen nur in 13 Fällen üble Zufälle eintraten, welche die Entfernung des Stiftes benöthigten. Der Verf. hält den nach neuesten Angaben geeignet construirten, nicht zu langen Stift, bei geeigneten Fällen von Flexion (wo eben keine der bekannten Contraindicationen, Entzündungserscheinungen, Hyperästhesie u. s. w. vorhanden sind), für durchschnittlich um weniges gefährlicher als eines der jetzt gebräuchlichen Scheidenpessarien; wenigstens würden letztere vermuthlich ebenso oft unter der angegebenen Zahl von Fällen entfernt werden müssen, als dies bei den Stiften nöthig war. Alle oben genannten Beobachter sprachen sich stark zu Gunsten des Stiftes aus, desgleichen unter den Engländern Bantock, Chambers, Hewitt, Rigby, Atthill, Routh u. A.

In der Discussion giebt Chadwick einen dünnen, biegsamen Stift aus Hartgummi an, welcher sehr zweckmässig mittelst einer Schlinge von Draht am unteren Ende durch einfaches Umbiegen des Drahtes an einem, separat eingeführten elastischen, runden Scheidenring befestigt wird. C. hat dieses Instrument in etwa 15 Fällen ohne üble Folgen angewendet und hält es besonders zweckmässig für Rückwärtsknickungen und -beugungen, in denen ein gewöhnliches Retroversionspessarium nicht vertragen wird.

Peaslee sprach sich gegen den Gebrauch des Stiftes bei Retroversion aus, da durch Scheidenringe fast immer das gewünschte Resultat mehr oder weniger erreicht werden kann Ebenfalls verwirft er den Stift bei den geringeren Anteflexionen,

und beschränkt dessen Gebrauch auf die extremen Fälle, wenn keine Gegenindication besteht. Obgleich eine solche Vorwärtsknickung nur durch einen intrauterinen Stift dauernd gerade gehalten werden kann, so glaubt er doch praktisch ebenso gute Resultate mit Scheidenpessarien erzielt zu haben.

Thomas giebt zu, dass in einigen Flexionen der Stift von Nutzen sein kann, bestätigt aber keineswegs das günstige vom Verf. ausgesprochene Urtheil. Wenn auch nur ein Tod unter 100 Fällen vorkommt, so ist der Procentsatz zu gross, wenn man bedenkt, dass der Stift bei einem ganz ungefährlichen Leiden angewendet wird. Ein weiterer Grund, ausser der Gefahr, weswegen T. gegen den Stift spricht, ist, dass er überzeugt ist, dass die grosse Mehrzahl der Retroflexionen und eine bedeutende Anzahl von Anteflexionen durch geeignet construirte Scheidenpessarien sehr gebessert werden kann, eine Ansicht, die was Anteflexionen betrifft, allerdings von vielen seiner Collegen bestritten wird. Es giebt 2 Arten von Flexionen, was die Behandlung betrifft, die, welche mit dem Finger leicht gerade gerichtet werden können, und die, bei welchen der Knickungswinkel mehr oder weniger starr geworden ist. Erstere können mit Scheidenpessarien gehoben werden, letztere nur durch Geradestellung des Canals mit Messer oder Scheere (hinterer Schnitt von Sims). T. zeigte dann mehrere von ihm erfundene und vielfach angewandte Pessarien aus Hartgummi vor, welche so construirt sind, dass der Cervix in einer Tasse gehalten und der vorgebeugte Uteruskörper von dem vorderen Rande der Tasse emporgehoben wird; das Pessarium wird durch eine bewegliche vordere Schlinge in der Lage gehalten. Eine modificirte Form dieses Pessariums lässt sich sehr gut mit einem Stuhle ohne Beine vergleichen, dessen Sitz durchlöchert ist und dessen Rücken in das vordere Scheidengewölbe kommt. Mit diesen Instrumenten erzielte T. so gute Resultate (nachdem er erst 4— 5 Mal den Uterus mit der Sonde retroflectirt hat), dass er den Stift gar nicht braucht.

Nöggerath bekennt sich zu Gunsten des Stiftes (den er aus Blei und ziemlich dick machen lässt) und hat damit sehr gute Erfahrungen bei Dysmenorrhoe erzielt. Er hat den Stift wohl in über 100 Fällen gebraucht und nur 3 Mal üble Folgen gesehen, unter diesen 1 Mal Tod an Peritonitis. Unter gehörigen Cautelen hält er den Stift für nicht mehr gefährlich als irgend eine der anderen geringeren Operationen, welche zur Beseitigung derselben Zustände ausgeführt werden.

Goodell erklärt sich ebenfalls als Anhänger des Stiftes, den er, trotz früherer unangenehmer Folgen, jetzt häufig anwendet, weil er eben hin und wieder Fälle beobachtet, in denen keine andere Behandlung die Knickung und die Symptome heben kann. Er braucht grosse Vorsicht, befestigt stets einen Faden an dem Knopf des Stiftes, damit Pat. ihn bei dem geringsten Schmerze selbst entfernen kann, und sieht zu, dass der Stift stets $1/2$ Zoll kürzer ist, als die Uterushöhle. Er erwähnt einen Fall von Conception während des Tragens des Stiftes; derselbe wurde entfernt und die Schwangerschaft ging normal weiter. Auch bei Retroflexion wendet G. den Stift an, wenn der Körper zu empfindlich ist, um ein Scheidenpessarium zu vertragen.

Byford empfiehlt an Stelle des Stiftes aus Hartgummi, Glas, oder Elfenbein, oder des gespaltenen Stiftes von Chambers, Stifte aus Ulmenrinde (Ulmus americana), welche bei Flexion und Dysmenorrhoe 4—5 Mal im Monate im feuchten Zustande eingeführt und 3—12 Stunden liegen gelassen werden. Diese Stifte schwellen fast gar nicht an, sondern wirken mechanisch und erweichend. Er glaubt, dass 80 % der Fälle durch eine 2—3 monatliche Behandlung wesentlich gebessert werden können. Ein Faden erlaubt das Entfernen des Stiftes bei dem geringsten Schmerze.

Albert H. Smith und Skene gebrauchen die intrauterinen Stifte nur selten, und glauben, dass deren Nutzen gewöhnlich durch deren Gefährlichkeit aufgewogen wird.

Paul F. Mundé (New-York).

11. Pinard. Die Accommodation des Fötus während der Schwangerschaft, oder die Ursachen der verschiedenen Kindeslagen.

(Annales de Gynécologie 1878. Mai u. Juli.)

Ein Hauptgesetz beherrscht die Beziehungen des Fötus zu dem ihn einschliessenden Uterus:

»Wenn ein fester Körper in einen anderen eingeschlossen ist, der eingeschlossene der Sitz abwechselnder Bewegung und Ruhe ist, die Oberflächen glatt und ohne besondere Unebenheiten sind, strebt der eingeschlossene ohne Unterlass seine Form und seine Grösse der Form und der Capacität des einschliessenden anzupassen«.

Dieses Gesetz sucht Verf. mit Hülfe der Anatomie, Physiologie, den Resultaten der klinischen Untersuchung und der Statistik zu beweisen, indem er der Reihe nach ausführlicher betrachtet:

1) die dem Fötus eigenthümliche Haltung innerhalb der Uterinhöhle,

2) die gegenseitigen Einwirkungen des Fötus und der Uterinhöhle auf einander,

3) die Beziehungen des graviden Uterus zur Bauch- und Beckenhöhle,

4) die Accommodation des Fötalschädels in der Beckenhöhle während der Schwangerschaft.

Ausführlicher stellt er die historische Entwickelung dieser Lehren von dem Alterthum bis in die neueste Zeit zusammen.

Die Resultate stimmen mit den jetzt vorzugsweise geltenden überein. Während der ersten 6 Monate der Schwangerschaft hat die Lage des Fötus innerhalb der Uterinhöhle durchaus nichts Constantes, indessen liegt häufig das Kopfende im Fundus, in den 3 letzten Monaten gelangt das Kopfende am häufigsten in das untere Uterinsegment, verweilt hier und tritt dann weiter in das Becken ein.

Der Wechsel der Lagen und Stellungen hängt von der Abwesenheit eines oder mehrerer Factoren der Accommodation ab.

In Bezug auf die Aetiologie der einzelnen Lagen gelangt Verf. zu folgenden Resultaten:

1) Die Ursachen der Schädellagen sind alle materielle, physikalische und abhängig von zahlreichen Factoren, deren Resultat die Accommodation ist. Sie beruhen weder auf der grösseren Schwere des Kopfes, noch auf der fötalen Circulation, noch auf instinctiven Willensäusserungen des Fötus; sie sind active und passive.

a) passive: Form des Uterus und Fötus; glatte Oberflächen (des Amnion und des Fötus), Anwesenheit des Fruchtwassers. Parallelismus der Entwickelung des Fötus und Uterus. Conformation der Beckenhöhle.

b) active: active Bewegungen des Fötus: Tonus und Contractionen der Uterinmuskulatur während der Schwangerschaft. Tonus und Contraction der Bauchmuskulatur.

2) Die Gesichtslage ist eine Lage der Geburt und nicht der Schwangerschaft. Die vorzugsweise prädisponirende Ursache ist der Mangel der Beckenaccommodation. Alle Ursachen, welche diese während der Schwangerschaft hindern, begünstigen die Entstehung der Gesichtslage.

3) Die Ursachen der Beckenendlagen zerfallen in 2 Ordnungen:

a) die einen sind aus den gewöhnlichen Factoren der regelmässigen Accommodation, aber bald zeigt der eingeschlossene Körper, nämlich der Fötus, eine ungleiche oder umgekehrte Entwickelung seiner zwei Endpunkte (Hydrocephalus, Zwillingsschwangerschaft), bald zeigt der einschliessende Theil, die Uterushöhle, diese ungleiche Entwickelung in seinen zwei Segmenten, dem oberen und unteren, indem dieses mehr entwickelt ist als jenes. Oder endlich der Fötus ist gewissermassen in seiner Lage mit dem Kopf am Fundus, den er in der Periode seiner freien Beweglichkeit in den ersten Monaten der Schwangerschaft eingenommen, überrascht worden, und die Enge der Uterinhöhle, die noch durch straffe Bauchdecken unterstützt wird, gestattet ihm keine Bewegung mehr.

b) Die andern sind solche, welche die Accommodation während der Schwangerschaft hindern oder nutzlos machen: Kleinheit des Fötus, Mangel des Parallelismus zwischen dem Volum des Fötus und der Uterinhöhle (Hydramnios), Maceration des Fötus etc.

4) Die Ursachen der Schulterlagen sind:

a) Abnorme Formation des Uterus, welche eine unregelmässige Entwicklung dieses Organs bedingt, bewirkt eine Accommodation einerseits der Art, dass zwar die fötale und uterine Axe parallel laufen, aber zu der des Beckens einen Winkel bilden.

b) dann ist als Ursache anzuführen die Abwesenheit der Factoren der Accommodation: Kleinheit des Fötus, relative oder absolute (Frühgeburt, Hydramnios) Maceration des Fötus, mehrfache Schwangerschaft, Beckenfehler, fehlerhafte Insertion der Placenta, welche die Beckenaccommodation während der Schwangerschaft hindert, abnorme Nachgiebigkeit der Uterin- und der Bauchwände.

Schellenberg (Leipzig).

---

12. **A. Lebedjew.** Beitrag zur Lehre vom Hydramnion.

Inaug.-Diss. Petersburg 1878, russisch, mit 3 Tafeln.

Verf. hat sich die Lösung folgender zwei Fragen zur Aufgabe gestellt: 1. besteht in der Grenzschicht des Chorion ausgetragener Früchte bei Hydramnion wirklich ein Capillarnetz, wie es zuerst von Jungbluth beschrieben worden ist? und 2., welche Umstände bewirken ein Offenbleiben dieser Gefässe bei Hydramnion, während sie doch unter normalen Verhältnissen früher obliteriren.

Eine II para mit beträchtlichem Hydramnion (Leibesumfang 108, Höhe des Fundus uter. 39. Symphyse bis Nabel 20, Symphyse bis Processus xiph. 46 cm) gebar nach 10stündiger Geburtsthätigkeit ein 2200 g schweres, 42 cm langes todtes Mädchen. In der Pleura-

und Peritonealhöhle fanden sich ca. 200 g Transsudate. Das Herz bot sehr bemerkenswerthe Anomalien dar: die Dicke der Wand des linken Ventrikels betrug 0,8, die des rechten Ventrikels 0,5 cm. Die Weite des Ostium aortae 0,5, die des Ostium d. Art. pulm. 0,9, das Foramen ovale 0,5 cm im Durchmesser. — Das Gewicht der Placenta war 657 g, sie erschien bleich, blutarm, ödematös; sie wurde durch die Ven. umbil. mit einer mit Carmin gefärbten Gelatinmasse injicirt. Die Injection wurde unter den bekannten Cautelen fortgesetzt, bis aus den beiden Arterien das Gelatin auszufliessen begann, dann die Placenta rasch in Schnee abgekühlt.

Bei 450facher Vergrösserung erhielt nun L. wirklich das Bild eines reichen Gefässnetzes, die Gefässe zeigten alle Merkmale wirklicher Capillaren.

Auf senkrechten Durchschnitten konnte Verf. auch die Lage dieser Gefässschlingen bestimmen; er fand, dass sie näher zu der an die Membrana intermedia stossenden Oberfläche der Grenzschicht, oft direct von der Membr. intermed. bedeckt, liegen.

Ein Zusammenhang zwischen dem Offenbleiben dieser Capillaren und dem wahrscheinlich in der Entwickelung bedingten Herzfehler lässt sich nun leicht vorstellen. Die Stenose des Ost. aortae hatte das Offenbleiben des For. ovale zur Folge. Während der Systole trat ein Theil des Blutes aus dem linken Ventrikel in den rechten; es musste daher durch erhöhte Arbeit eine Hypertrophie des rechten Ventrikels entstehen, andrerseits aber auch durch den in demselben erhöhten Blutdruck eine Stauung im Gebiet der Ven. cava inf. Diese Stauung pflanzte sich durch den Duct. ven. Arant., ven. port., ven. umbil. auch auf die Placenta fort. Es traten dadurch für die Gefässe der Grenzschicht Verhältnisse ein (Verhinderung des freien Blutabflusses), die ihrer frühen Obliteration durchaus hinderlich sein mussten, eine vermehrte Transsudation dagegen begünstigten.

Wenn es sich für den vom Verf. genau untersuchten Fall (sowie für andere schon früher von Küstner, Clintock, Massmann und Joulin veröffentlichte) um ein Stauungshydramnion handelt, so glaubt L., dass für andere Fälle andere Ursachen gesucht werden müssen.

Von allen Autoren wird ein hoher Procentsatz von todtgeborenen oder bald nach der Geburt sterbenden Kindern bei Hydramnion notirt. Man sucht vergeblich eine Erklärung für diese Sterblichkeit als Folge des Hydramnion. Verf. schliesst sich der Ansicht an, dass es sich vielmehr um primäre Anomalien der Früchte handelt, nach denen sich erst später, oft als ihre Folge, eine abnorm vermehrte Fruchtwasseransammlung bildet. **Steinmann** (St. Petersburg).

---

13. **Kidd** (Dublin). Ueber Diagnose des Hydramnios.

(Brit. med. Journ. 1878. Aug. 17.)

Verf. bespricht die Differentialdiagnose zwischen Hydramnios, Ascites, Ovarialcysten und anderen Flüssigkeitsansammlungen im Ab-

domen, die in den Lehrbüchern nicht scharf genug präcisirt und schon öfters falsch gestellt worden sei. Auch Verf. hat einmal den Uterus punctirt, den er für eine mit Schwangerschaft complicirte Eierstockscyste hielt. Bald darauf kam die Frau mit todten Zwillingen nieder. Die nächste Schwangerschaft verlief normal. Hydramnios kommt gewöhnlich bei Zwillingen vor und stellt Mc. Clintock (auch von Schröder im diesbezüglichen Abschnitte seines Lehrbuches öfters citirt) als Regel auf: dass nur ein Zwilling erkrankt sei, ein kräftiger Beweis dafür, dass die Wasseransammlung nicht auf einer Erkrankung der Mutter beruhe. Letzterer schlägt auch statt des Namens Hydramnios, die Bezeichnung Ueberfüllung des Eies vor, da sich die Flüssigkeit im Chorion und nicht im Amnion finden könne.

Herdegen (Stuttgart).

---

14. **A. Wolff.** Beiträge zur klinischen Lehre von der Blennorrhoe beim Weibe.

Strassburg, **Hagemann,** 1878.

In vorliegender interessanter Arbeit theilt uns Verf. die Resultate der Beobachtungen mit, welche er seit einigen Jahren auf der Strassburger Klinik für Syphilis über die Blennorrhoe beim Weibe angestellt hat.

Einzelne Theile der Genitalschleimhaut, Urethra und Bartholin'sche Drüse, zeigen eine gewisse Prädilection für die Krankheit, so dass Urethritis und Bartholinitis die frequentesten Trippererkrankungen beim Weibe sind; andere, im Gegentheil, Vulva und Vagina, zeigen eine relative Resistenzfähigkeit gegen jene Ansteckung; ja, sie erlangen sogar eine Immunität der Art, dass sie nach Ablauf eines acuten Trippers nur in den seltensten Fällen wieder befallen werden.

Findet Verf. ausser der Vagina im engsten Sinne noch andere Theile der Genitalschleimhaut afficirt, so schliesst er auf einen ersten Tripper; dagegen auf einen späteren, bei isolirter Bartholinitis oder Urethritis, ohne Tendenz, auf die Vagina überzugreifen. Ist endlich die Vagina allein erkrankt, sind fast immer noch Symptome einer überstandenen Bartholinitis oder Urethritis nachzuweisen.

In seinen Beobachtungen, welche sich auf 705 Fälle erstrecken, und Harnröhrentripper 439 Mal, d. h. in 62% notirt: davon sind 257 mit anderen Formen combinirt.

Bartholinitis ist 383 Mal, d. h. in 54% beobachtet worden: davon 130 doppelseitig, 123 rechts, 130 links. In der Hälfte dieser Fälle waren noch andere Theile afficirt, besonders Urethra (83) und Cervix (28). Abscesse der Drüse (52), links (36), rechts (18). Wenn hier der Procentsatz der Bartholinitis so erhöht erscheint, findet er seinen Grund darin, dass dieselbe in manchen Kliniken nicht genügend gewürdigt, d. h. nicht so oft beobachtet wird.

Der Grund der grösseren Frequenz der linksseitigen Erkrankungen

bleibt noch unaufgeklärt. In vielen Fällen konnte Verf. durch zahlreiche Confrontationen einen directen Zusammenhang zwischen Ansteckung und Bartholinitis nachweisen. Sehr oft ist die Drüse primär afficirt (dabei wird die Geschichte eines Mädchens erwähnt, welches er Gelegenheit hatte, kurz vor ihrer Defloratio genau zu untersuchen).

Der Cervicalkatarrh ist wahrscheinlich blennorrhoischer Natur, wenn zu gleicher Zeit eine specifische Bartholinitis vorhanden ist.

Die Vagina war 149 Mal erkrankt: davon nur 14 Mal bei Prostituirten, die schon mehr wie ein Jahr eingeschrieben waren. Vulvitis 15 Mal. 2 angebliche Analtripper erwiesen sich als Rectalfisteln.

Für die Behandlung der Urethritis empfiehlt Verf. vor Allem den mitigirten Lapisstift. Versuche, welche er in einer Reihe von Fällen mit kieselsaurem Natron (1—3 %) machte (s. Wolff, De l'emploi du silicate de soude dans le traitement de la blennorrhagie, Strassbourg), gaben ebenfalls gute Resultate.

Bei Bartholinitis werden die Einspritzungen mit 1—2 % Höllensteinlösung empfohlen. **E. Hüter** (Strassburg i/E.).

Casuistik.

15. **Mc Goodell** (Philadelphia). — Ein Fall von vaginaler Ovariotomie.
(Verhandlungen der Amer. gynäk. Gesellschaft 1877. p. 257.)

Pat., 22 Jahr, ledig; den Douglas'schen Raum ausfüllend und den Uterus gegen die Symphyse drängend eine pralle Geschwulst mit undeutlicher Fluctuation. Die Aspiration per vaginam beförderte eine hellgelbe klebrige Flüssigkeit zu Tage, welche mikroskopisch für ovarialer Natur erklärt wurde. Rasch füllte sich die Cyste wieder, abermalige Aspiration, dies Mal trüber, mit Blut gemengter, übelriechender Flüssigkeit. Hierauf schnelle Entwickelung septikämischer Symptome, Puls 120, Temperatur 102,5 Fahr., Ikterus, Erbrechen. Rascher Entschluss zur Entfernung der Cyste, welche per vaginam in der Steinschnittlage ausgeführt wurde, weil der Tumor sich nicht aus dem Becken drängen liess. Zwischen zwei Entenschnabelspiegeln wurde der Douglas'sche Raum mit der Scheere geöffnet; mehrere Unzen übelriechenden Eiters; zahlreiche Adhäsionen, welche mit dem Finger zertrennt wurden. Die Cyste wurde mit der Doppelhakenzange gefasst und durch Aspiration etwa 4 Liter äusserst übelriechenden Eiters entleert. Mittelst zwei Hakenzangen wurde die Cyste dann unter manueller Lösung aller Adhäsionen hervorgezogen, das linke breite Mutterband in Ermangelung eines Stieles durchstochen und doppelt unterbunden, und durchgeschnitten. Die Ligaturen wurden zur Wunde herausbefördert. Operation und Chlor-alaun-Spray. Trotz Scheideninjection und reichlicher Stimulantien erholte sich Pat. erst von ihrer Septikämie als der Douglas'sche Raum täglich zweimal mit einer verdünnten Lösung des Liquor sodae chlorinatae ausgewaschen wurde. Hierauf fielen Puls und Temperatur schnell, und Pat. machte eine gute, obschon langsame Convalescenz. Die Ligaturen wurden von Pat. selbst in einem Anfalle von Ungeduld über deren langes Liegenbleiben in der 6. Woche gewaltsam herausgerissen; doch folgte nur eine leichte Blutung.

Verf. hält seinen Fall für den 6. von vaginaler Ovariotomie, sämmtlich in den Ver. St. ausgeführt. Der erste wurde im Jahre 1857 von Atlee ausgeführt ohne eigentlich die systematische Operation auf diese Weise beabsichtigt zu haben; der Tumor lag zwischen Blase und Uterus, welche beide er aus der Beckenhöhle her-

ausgedrängt hatte. Die Pat. genas vollkommen. Die Cyste war multiloculär. Gaillard Thomas führte zuerst (1870) die Operation wohlüberlegt und systematisch aus, Heilung; 3. Davis, Wilkesbarre, Penns., Heilung; 4. Gilmore, Mobile, Heilung; 5. Wing, Boston, Aspiration, Septikämie, Operation, Heilung. 6. Goodell. In den Fällen von Thomas, Gilmore und Wing hatte die Cyste nur die Grösse einer Orange, in den anderen 3 Fällen war sie bis zu 9 Pfund schwer (Davis).

Verf. macht Bemerkungen über die Gefahr der Aspiration von Ovariencysten, welche nur unternommen werden soll wenn man im Falle von eintretender Entzündung des Tumors oder Peritonitis bereit ist sofort die Ovariotomie auszuführen, und weist ferner auf die ausgezeichneten Erfolge der Ovariotomie während dieser Erscheinungen hin. Der Werth der intraperitonealen Irrigation in geeigneten Fällen wird durch seinen Fall ebenfalls bestätigt, wie auch der Nutzen der Drainage per vaginam nach manchen Ovariotomieen. Das Feld der vag. Ovariotomie ist natürlich beschränkt, und wird dieselbe hauptsächlich bei kleinen im Becken liegenden Polycysten und in das kleine Becken gedrängte grössere Mucocysten zu empfehlen sein. Sollten ja Adhäsionen oder andere Ursachen die Entfernung der Cyste nach begonnener Operation unmöglich machen, so kann ja immer der Bauchschnitt vorgenommen und die vaginale Oeffnung zur Drainage benutzt werden. In Anbetracht der Heilung sämmtlicher 6 Fälle glaubt Verf., dass es doch am Ende gerechtfertigt sei kleinere, in der Beckenhöhle liegende, und noch nicht adhärente Ovarientumoren per vaginam zu entfernen, und nicht zu warten bis sie grösser und adhärent geworden sind und die Pat. durch Brüten über ihr Leiden an Kräften herabgekommen sind.

Bei der folgenden Discussion bemerkte Noeggerath, dass er zwar noch nie eine Ovariencyste per vaginam exstirpirt habe, aber eine Anzahl grösserer Cysten durch Anlegen einer Oeffnung und Annähen der Ränder an den Scheidenschnitt mit Erfolg drainirt habe; ferner habe er etwa 10 kleinere Cysten per vaginam mit einer langen Aspiratornadel entleert (die grösste enthielt etwa 90 g hellgelber Flüssigkeit) und so gute Erfolge erzielt, dass er die vagin. Exstirpation nicht gebraucht habe. Ovariencysten, welche kleiner als ein Hühnerei waren, habe er, im Bewusstsein, dass deren Inhalt gutartig sei, einfach zwischen Finger in der Scheide und Hand auf den Bauchdecken zerdrückt und nie üble Folgen von der Flüssigkeit in der Bauchhöhle beobachtet. (Ref. hat dieses letztere Verfahren ebenfalls einmal unabsichtlich mit demselben Resultate angewendet.)

P. F. Mundé (New-York).

16. **R. v. Mosetig-Moorhof** (Wien). Seltene Complication einer Ovarialcyste. Bilaterale Ovariotomie. Heilung.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 20.)

Bei einem 21jährigen Mädchen zeigte sich bei der Entfernung einer linksseitigen Eierstockcyste, dass im rechten Hypochondrium ein Tumor lag, der einer dicken, langgestreckten Wurst ähnlich, intensiv roth gefärbt, in darmähnlichen Windungen quer gegen die Beckenwand hinüberzog in einer Länge von gut 20 cm. Der Tumor wurde bald als die hydropisch ausgedehnte rechte Tuba erkannt, die an ihrem Abdominalende das rechte normale Ovarium aufsitzen hatte. Die Tuba wurde knapp am Uterus abgetrennt und nach Unterbindung und Durchschneidung des Lig. lat. entfernt. Der Stiel der linksseitigen Cyste wurde mit Spencer Wells'scher Klammer in der Bauchwand befestigt und ein Drainrohr von der Bauchwunde aus durch den Douglas'schen Raum und die Scheide gelegt. Das Drainrohr wurde am 8. Tage entfernt, die Klammer fiel am 11. Tag ab, am 15. Tage verliess die Kranke das Bett. **Bandl** (Wien).

17. **Washington B. Atlee** (Philadelphia). Sarkom der Ovarien.

(Verhandlungen der Amer. gynäk. Gesellschaft 1877. p. 326.)

Verf. berichtet aus seiner reichen Erfahrung 4 Fälle dieser seltenen Geschwulstform der Eierstöcke. Bei 3 dieser Fälle wurde die Diagnose auf bösartige Eierstocksentartung gestellt; bei einer Pat. wurde die Operation abgerathen; die an-

deren 3 wurden operirt (eine von Dr. T. G. Thomas, nachdem Verf. eine Operation noch hinausgeschoben hatte) und 2 Mal beide Ovarien, 1 Mal nur eines entfernt. Eine Pat. starb am 13. Tage nach der Operation an allgemeinem Hydrops und Erschöpfung; die beiden anderen genasen, starben aber beide etwa 4 Monate später an einem intraabdominellen Recidive des Leidens. Eine dieser Pat. menstruirte trotz Entfernung beider Ovarien noch regelmässig alle 28 Tage bis 10 Tage vor ihrem Tode. Alle Pat. waren verheirathet, 30—32 Jahre alt, Mütter von 2—3 Kindern; in allen entstand der Tumor zwischen 12 und 18 Monaten nach der Entbindung; alle wuchsen schnell; alle waren frei von Adhäsionen, deutlich gestielt, die Stiele alle in eine Rinne gehend; alle Tumoren machten bei der äusseren Untersuchung den Eindruck einer cirrhotischen Leber; in 2 Fällen schwammen die Tumoren in reichlicher ascitischer Flüssigkeit, wodurch das Ballottement so stark simulirt wurde, dass der behandelnde Arzt einmal Schwangerschaft und einmal Grav. extraut. diagnosticirte. Diese Tumoren lassen sich mit 5 Zuständen verwechseln: 1. subperitoneales oder gestieltes Fibroid; 2. vielkämmerige kleincystische Ovariengeschwulst; 3. Fötus extrauterinum; 4. Bauchhöhlenexsudate; 5. sogenanntes Adenoma ovarii. Untersuchung, Anamnese (Raschheit des Wachsthums, vorausgegangene Peritonitis, Mangel oder Anwesenheit von Schwangerschaftszeichen, u. s. w.) müssen die Diagnose entscheiden. Schliesslich glaubt Verf. nach seiner Erfahrung, dass wir im Arsen ein werthvolles Mittel besitzen, die Recidive dieser Sarkomgebilde zu verhindern, wenn die ursprüngliche Geschwulst so isolirt war (wie dies im Eierstock der Fall ist), dass man sie ganz entfernen kann. Er räth daher baldmöglichste sorgfältige Entfernung, und nachher längere Zeit Sol. Fowleri in 3 Tropfen-Dosen 3 Mal täglich, sowie Ammonium muriaticum.

P. F. Mundé (New-York).

18. **T. Laffan** (Cashel). Ovariotomie mit Heilung.

(Med. Press and Circular 1878. p. 163. August 28.)

Ein Tumor wurde zuerst im Mai 1874 bemerkt, im Mai des folgenden Jahres endete noch eine Schwangerschaft mit normaler Geburt. Der Unterleib blieb nach der Entbindung gross, Pat. magerte rasch ab. Nach 2 vorausgegangenen Punctionen wurde die Ovariotomie im Januar 1878 unter Thymol-Spray vorgenommen. Stiel mit Klammer behandelt. Rasche Heilung nach leichter Lungenentzündung und reichlicher Absonderung von der Wunde aus.

Underhill (Edinburg).

19. **Pott** (Halle). Ein Beitrag zu den Bildungsfehlern und foetalen Erkrankungen des Herzens.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XIII. p. 11.)

P. berichtet über ein Kind, welches während seines kurzen Lebens die interessantesten Erscheinungen darbot. Der Kopf war durch Oedeme zu einer unförmlichen Kugel entstellt. Besonders die Augenlider und Ohrmuscheln waren in bedeutender Ausdehnung geschwollen. Dabei hatte das Gesicht eine kupferrothe Färbung. Auch Rumpf und Extremitäten zeigen pralle Spannung der Haut, so dass man nicht im Stande ist, Hautfalten aufzuheben. Leib stark aufgetrieben, fluctuirend. Nabelschnur daumendick, sulzig.

Das Kind wurde weder asphyktisch, noch cyanotisch geboren, machte 10 Minuten lang ausgiebige Athembewegungen, die dann langsamer und schnappender wurden und endlich ganz aufhörten.

Als Ursache dieses allgemeinen Oedems finden sich Abnormitäten des Herzens: ein vollständiger Mangel des Septum ventriculorum, Persistenz des Truncus arteriosus communis, Klappenstenose des Ostium arteriosum, offenes Foramen ovale etc. Ausser diesen Veränderungen des Herzens zeigte sich noch Cirrhose der Leber.

Die sehr wichtigen Einzelheiten sind im Originale einzusehen.

Anknüpfend an diese Beobachtungen beschreibt P. noch 10 Präparate von

Missbildungen des Herzens aus dem Hallenser anatomischen Museum, die zum Theil Interessantes darbieten. Auch die vom Verf. hinzugefügten Bemerkungen über den Klappenapparat sind im höchsten Grade lesenswerth.

Ahlfeld (Leipzig).

20. **Laval.** Kind ohne Beine und einarmig geboren.

(Archives de Tocologie 1878. p. 682. November, Druckfehler: October.)

Am 30. April wurde zu Montfavet ein Knabe geboren, von 30 cm Länge, dessen zwei Schenkel nur aus zwei Stümpfen bestanden. Der linke hatte einen rudimentären Fuss. Gleicherweise ist auch statt des rechten Armes nur ein 4 cm langer Conus vorhanden. Der linke Arm ist entwickelt, doch zeigt er auch in seinen einzelnen Partien Abnormitäten.

Die Mutter dieses Kindes, eines Landwirths Frau, hat sich an einer »Vogelscheuche« versehen!

Ahlfeld (Leipzig).

21. **Fear** (Kent). Angeborner Vorfall der Baucheingeweide. Zurückbringung. Genesung.

(Brit. med. Journ. 1878. October 5.)

Bei einem reifen neugebornen Mädchen war der Nabelstrang in der Nähe des Nabelrings stark ödematös, trichterförmig. Durch einen seitlichen Schlitz in diesem Trichter waren alle Eingeweide herausgetreten vom Pylorusende des Magens an. Nach Reposition derselben zog Verf. durch Zug an der Nabelschnur einen grossen Hautkegel in die Höhe und umschnürte denselben mit Draht. Heilung nach 6 Wochen vollständig.

Fehling (Stuttgart).

22. **W. A. Frost** (Stafford). Missbildung der Harn- und Geschlechtswerkzeuge.

(The Lancet 1878. p. 293. August 31.)

Den Anlass zur vorliegenden Mittheilung bietet ein 9 Wochen altes abgemagertes Kind. Reif geboren, wurde es während des Lebens als Knabe angesehen, bei dem der Descensus der Hoden ausgeblieben war. Der Urin war durch den After entleert worden. Ein kleiner $1/2''$ langer Blindsack mit einer kleinen Papille am Grund lag $1\,1/2''$ vor dem Anus. An die linke Analfalte schloss sich eine flache Hautfalte $1\,1/4''$ lang an. Der Uterus war bis zum Nabel vergrössert und enthielt Urin; er enthielt ein Septum, das bis in die Vagina herabreichte. Die Vagina öffnete sich mit einer kleinen Oeffnung in den Mastdarm. Ovarien normal. Die Urethra mündete in die Vagina in geringer Entfernung vom Anus.

Underhill (Edinburg).

23. **Guéniot** (Paris). Imperforatio hymenis. Mittheilung in der Société de chirurgie.

(Progrès med. 1878. No. 34.)

G. erzählt von einem Fall von vollständiger Obliteration der Vulva; bei Besprechung desselben werden von Lannelongue, Tillaux und Championnière ähnliche Vorkommnisse erwähnt, bei welchen es zum Theil nöthig wurde, das in dem bis zum Nabel ausgedehnten Uterus angesammelte Menstrualblut durch Punction zu entfernen. Genannte Autoren warnen bei solchen Eingriffen vor desinficirenden Einspritzungen in den Uterus und wollen nur durch Aneinanderlegen der Beine den Luftzutritt abhalten und so der Sepsis vorbeugen.

Engelhorn (Winnenthal).

24. **E. Koch.** Beiträge zur Kenntniss der primären Nierentumoren, besonders der Sarkome.

Inaug-Dissert. Halle a/S. 1878.

Früher wurden alle malignen Geschwülste der Nieren einfach als »Krebs« bezeichnet; erst in der letzten Zeit sind einzelne Fälle von reinem Sarkom, Adenom, Carcinoma sarcomatodes, Adenosarkom etc. beschrieben worden; dieselben

werden zum Theil referirt, so 1 Fall von Adenom (Dr. Felix Marchand), von Sarkom (van der Byl, Tellegen, Kocher und Langhans). Im Anschluss daran theilt Verf. drei weitere Fälle mit; im 1. handelt es sich um ein gut charakterisirtes Sarkom, im 2. um ein ebenso deutliches Adenom, im 3. wahrscheinlich um ein Sarkom. (Die mikroskopische Untersuchung fehlt hier.)

1. Die 55jähr. Frau starb nach ca. ½jähriger, Krankheitsdauer unter den klin. Erscheinungen eines rapid wachsenden Lebercarcinoms, kein Ikterus, dagegen wiederholt bluthaltiger Urin.

Section: Die Bauchhöhle, namentlich rechterseits, von einem collossalen Tumor eingenommen, der mit der Bauchwand nur locker verwachsen bis zwischen die Blätter des Ligam. latum dextrum herabreicht (Länge 41 cm) vorn deutlich fluctuirt, die Leber und übrigen Unterleibsorgane ganz nach links und hinten gedrängt hat; das Coecum und Colon ascendens sind mit der Mitte der vorderen Wand fest verwachsen. An seinem hinteren Umfang der gut erhaltene Rest der rechten Niere. Im Inneren eine ca. 3 Liter bräunlichrothe Flüssigkeit enthaltende Erweichungscyste mit nur 1 cm dicker Wandung. Aorta und Vena cava in grosser Ausdehnung vom Tumor umwachsen, in letzterer ein umfangreicher Geschwulstthrombus; in der rechten Lunge ein kleines metastatisches Knötchen.

Mikroskopischer Befund: Spindelzellen der verschiedensten Form und Grösse, zum Theil mit mehreren Kernen und Vacuolen, verschiedene Rundzellen, Fehlen der Intercellularsubstanz.

2. 45jähr., seit 1½ Jahr kranke Frau hat öfter Blasenblutungen und bluthaltigen Urin gehabt. Im Abdomen ein kindskopfgrosser, median gelegener, wenig beweglicher Tumor; reichlicher Ascites.

Section: Die rechte Niere in eine cocosnussgrosse Geschwulst verwandelt, die aber überall von der Capsula fibrosa und adiposa umhüllt ist und der Wirbelsäule aufliegt (der Hilus sieht nach rechts), enthält eine faustgrosse Erweichungscyste; im erhaltenen Theile der Niere und der Leber kleine Metastasen; reines Carcinom.

3. 43jähr. Frau seit 1½ Jahr krank, bluthaltiger Urin, in der Milzgegend ein höckeriger, verschiebbarer Tumor. Diagnose einerseits: Carcinoma omenti, andererseits Nierentumor. Laparotomie. Exstirpation wegen umfangreicher Adhäsionen nicht möglich; der Tumor glich makroskopisch einem Sarkom.

Schwarz (Halle a/S.).

25. **Sänger** (Leipzig). Peritonitis in Folge Ruptur vereiterter Mesenteriallymphdrüsen bei einem Neugeborenen.

(Centralzeitung für Kinderheilkunde 2. Jahrgang. No. 3.)

14 Tage alter Knabe, erkrankt seit dem 8. Tage an Ikterus, häufigem Erbrechen, spärliche Ausleerungen, Auftreibung des Leibes, geringem Fieber.

Section: In der Bauchhöhle ca. 80 g sero-fibrinöses Exsudat. Leber, Milz und Darmschlingen von einer fibrino-purulenten Schwarte bedeckt. Magenschleimhaut leicht geröthet, Darmschleimhaut succulent, sammtartig, diffus geröthet, Follikel und Plaques normal. Die dem Darme zunächst liegenden Mesenterialdrüsen erbsengross geschwellt; die ferne liegenden noch stärker, Eiter enthaltend, bei zweien ist die Vereiterung bis zur Rinde vorgeschritten, ein leichter Druck macht sie bersten.

Verf. ist der Ansicht, dass die Peritonitis durch das Platzen einer oder mehrerer dieser vereiterten Drüsen entstanden ist; die Adenitis steht im directen Zusammenhange mit der zuletzt in Abheilung begriffenen Enteritis. Allerdings konnte eine geplatzte Drüse direct nicht nachgewiesen werden.

Schellenberg (Leipzig).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S. (Alte Promenade), an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart (Alleenplatz 3), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Hierzu **Titel** und **Register** für Jahrgang 1878.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling und **Dr. Heinrich Fritsch**

in Stuttgart. in Halle a/S.

Dritter Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 15 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 2. Sonnabend, den 18. Januar. **1879.**

I. Ueber die Bedeutung der kleinen Schleimhautpolypen am Tubenostium in Bezug auf die Aetiologie der interstitiellen Schwangerschaften.

Von

Prof. **F. Ahlfeld.**

Bei Gelegenheit der Demonstration eines Präparates von Tubarschwangerschaft von Seiten des Herrn Dr. Leopold in der Sitzung der Gesellschaft für Geburtshülfe in Leipzig (15. Mai 1876) hatte ich mich in Betreff der Aetiologie der kleinen, am Tubenostium befindlichen Polypen dahin ausgesprochen, dass dieselben wahrscheinlich erst in der Schwangerschaft entstanden seien. Dem entsprechend würde dann auch die Bedeutung wegfallen, die man ihnen bei der

Entstehung der Tubarschwangerschaften beizumessen gewohnt ist. In gleicher Weise sprach ich mich in einer Arbeit über Endometritis decidualis tuberoso- polyposa, Archiv für Gynäkologie, Bd. 10. p. 147, aus. In der neuesten Nummer dieses Archivs, Bd. 13. p. 355, berichtet Leopold über einen Fall von Graviditas interstitialis. In der betreffenden Publication kommt er wiederum auf die Bedeutung dieser Polypen zu sprechen, und vertritt in dieser Hinsicht denselben Standpunkt wie ehemals.

Seite 362 sagt er: »Diese letzteren (nämlich mechanische Hindernisse) können sich nun meines Erachtens kaum schöner und unzweideutiger auffinden lassen, als in jenen kleinen Polypen, welche das Uterinende der rechten Tube ausstopfen und bis in die Eihöhle deutlich zu verfolgen sind.« Weiter unten fährt er fort: »Man wird vielleicht hier einwerfen wollen, dass jene Polypen nur Producte der Schwangerschaftswucherung seien, doch ist dieses vermeintliche post hoc propter hoc hier, wo die Verhältnisse so klar liegen, entschieden zurückzuweisen; es würde wenigstens sehr auffällig bleiben, warum denn gerade im Uterinende der rechten Tube und nicht auch der linken solche Schleimhautwucherungen entstanden sind. Ein zweiter Einwurf, warum denn nicht schon bei früheren Schwangerschaften ein abnormer Sitz des Eies eintrat, lässt sich leicht damit entkräften, dass die Polypen erst nach der letzten Entbindung entstanden sein können, oder dass zweitens das Ei in früheren Fällen die linke Tube passirt haben kann.

Somit mehren sich mit diesem Nachweise die Fälle, in denen kleine Polypen die Ursache von Tuben-, resp. interstitieller Schwangerschaft waren. Besonders bekannt ist in dieser Hinsicht der Fall von Beck; ferner der von Breslau. Es möge hierbei nicht unerwähnt bleiben, dass auch in dem früher von mir beschriebenen Falle von Graviditas tubo-abdominalis (Archiv für Gynäkologie Bd. 10. p. 248) in den Uterinenden beider Tuben sich je ein, resp. zwei linsengrosse Polypen vorfanden, welche, wie hier, den Eintritt des befruchteten Eichens hätte verhindern können.«

Nachdem Herr Leopold die Coincidenz zwischen Polypenbildung und Tubarschwangerschaft wiederholt ausgesprochen, auch in den Lehrbüchern die schon berührten Fälle bei der Aetiologie der Abdominalschwangerschaften angeführt werden, so scheint es keine zwecklose Arbeit zu sein, die diese Theorie stützenden realen Unterlagen näher zu besprechen.

Da ist zuerst hervorzuheben, dass bei der grossen Zahl von Tuben- und interstitiellen Schwangerschaften, die bisher veröffentlicht worden sind, nur in 4 Fällen, nämlich von Beck, Breslau, Leopold (2 Mal), Polypen im Tubenostium gefunden wurden.

Ob diese Zahl einen wirklichen Ausdruck für das Frequenzverhältniss giebt, ist zu bezweifeln, vielmehr ist zu vermuthen, dass häufiger diese kleinen Polypen übersehen worden sein mögen und dies wird besonders in den Fällen von Tubenschwangerschaft möglich

gewesen sein, in denen das interessirende Präparat weiter ab von dem inneren Ostium der Tube gelegen hat.

Bei Durchsicht der vier erwähnten Fälle ist der erste Fall Leopold als beweisend für die Ansicht weg zu lassen, denn Leopold erklärt (l. c. p. 266) selbst: »Hier können demnach Polyp und abnorme Einbettung in keinem abhängigen Verhältnisse zu einander stehen; die Ursache der letzteren muss vielmehr eine andere gewesen sein.«

Fall Beck, Illustrirte med. Zeitung, 1852, Bd. II. p. 291 mit Abbildung Tafel X.

Eine 35jährige Frau, 7 Jahre verheirathet, ohne schwanger geworden zu sein, war stets unregelmässig menstruirt und litt häufig an Gebärmutterkrämpfen. Sie starb in Folge innerer Verblutung durch Zerreissung des in dem Gebärmuttertheile der Tube befindlichen Eisackes. Bei der Section fand man die rechte Tube, in der das Ei sich festgesetzt, bis zum Eisacke gesund, mit Schleimpfröpfen geschlossen. Die linke Tube war durch altes Exsudat mit dem Eierstocke und den Fransen derselben Seite zu einer Masse innig verwachsen. Ausserdem befand sich ein Fibroid in der Gebärmutterwand dieser Seite.

Die Gebärmutterhöhle war mit der Decidua vollständig ausgekleidet. »Die Einmündungsstelle beider Tuben in der Gebärmutterhöhle war leicht erkennbar, denn die Decidua vera verschloss und verstopfte sie in keiner Weise. In die linke Tube konnte von der Gebärmutter aus eine starke Fischbeinsonde eingeführt werden. Bei der Untersuchung der rechten aber, die bis zur Placenta nur zwei Linien lang verfolgt werden konnte, fand sich in derselben ein von der Schleimhaut ausgehender Polyp (unter dem Mikroskop aus zarten Zellgewebsfäden, Elementar- und Schleimzellen bestehend), welcher diese Röhre beinahe vollständig verstopfte.«

Ueber die Stelle, wo der Stiel des Polypen sich befindet, ist im Berichte nichts Genaueres gesagt. Auch in der Abbildung lässt es sich nicht erkennen.

Fall Breslau, Monatsschrift für Geburtskunde, Bd. XXI Suppl. 1863, p. 119, mit Abbildung Taf. IV.

Eine gesunde 30j. Frau starb an plötzlicher intraabdomineller Blutung. Es zeigte sich die linke Tube durch ein Ei ausgedehnt und zerrissen. Der Eisack ist zum Theil aus Uteruswand, zum Theil aus Tubengewebe gebildet. Unterhalb des linken Tubenostium sitzt ein gestielter orangenkerngrosser Schleimhautpolyp. Die Schleimhaut zeigt keine Deciduabildung; auch der Uterus nimmt an der Vergrösserung nur wenig Theil, indem seine Musculăris »vielleicht um einige Millimeter dicker« war.

Angaben über die Zeit der Schwangerschaft fehlen. Breslau berechnet sie auf 6—7 Wochen, der Grösse des Sackes nach zu urtheilen. Breslau bespricht die Möglichkeit, dass dieser Polyp seiner Zeit dem Ei den Eintritt in den Uterus verwehrt habe. Trotz aller Versuche aber, dieses Ereigniss als wahrscheinlich hinzustellen, kann

er doch nicht umhin, p. 122 zu schreiben: »Ich bin weit entfernt davon, diesen Vorgang als unumstösslich sicher, den kleinen Polypen als die unzweifelhafte mechanische Ursache für die in unserem Falle gefundene Extrauterin-Schwangerschaft hinzustellen u. s. w.« Im Weiteren versucht Breslau auseinander zu setzen, wie bei verschiedenen Stellungen der Frau, bei verschiedenen Contractionsverhältnissen des Uterus der Polyp als Ventil wirken konnte, und so vielleicht das Ei aufgehalten wurde.

Es ist noch zu bemerken, dass das Ei nicht an der Tubenmündung, also in der Nähe der Polypen festgesessen, sondern im Anfange des interstitiellen Theiles der Tuba festgehalten war. Breslau sieht sich daher genöthigt, um seine Theorie zu stützen, eine »retrograde Bewegung« des Eies anzunehmen.

Der zweite Fall Leopold, Arch. für Gynäk. Bd. XIII. p. 355.

Frau D., 36 Jahr alt, hat 3 Mal geboren, einmal mit heftigen Blutungen abortirt. Im Juli dieses Jahres starb die Pat. nach vorausgegangenen bedeutenden inneren und äusseren Blutverlusten unter den Erscheinungen der Sepsis. Die Section ergab Ruptur eines Eisackes des interstitiellen Theiles der rechten Tube. Das Corpus luteum befand sich im rechten Ovarium.

Die linke Tube läuft ungefähr einen Centimeter weit über den Fundus uteri, ziemlich dicht unter der Serosa und knickt sich dann mit einem Male im rechten Winkel so ab, dass ihr Lumen innerhalb der Muskulatur des Fundus uteri nunmehr gerade nach abwärts läuft. Einen ähnlichen anomalen Verlauf macht auch die Tube auf der rechten Seite, doch macht die Verfolgung des Canals daselbst viel mehr Schwierigkeiten. Nur durch schnittweise Durchmusterung liess sich der Lauf der Tube bestimmen. »Sie zieht sich in stark convexen Bogen hinten auf dem Fruchtsacke dicht unter der Serosa bis zur halben Höhe der Eihöhle hin und biegt dann ebenfalls scharf im rechten Winkel nach unten um, indem er (der Canal) sich aber hierbei beträchtlich erweitert, auf ungefähr 1 cm Länge mit 4—5 länglichen Schleimhautpolypen ausgestopft ist und sofort in die weite, von Blutmassen ausgefüllte Eihöhle übergeht. Hier verliert er sich sofort und ist von einer Fortsetzung des Canals in die Gebärmutterhöhle nichts aufzufinden.«

Nach dieser Beschreibung muss man die Verhältnisse so auffassen, dass, vom Abdominalende ausgegangen, erst die Polypen und dann das Ei gelegen, das Ei also die Polypen bereits passirt habe.

Somit fällt bei einer kritischen Sichtung Fall II Leopold auch weg, da nicht bewiesen werden kann, dass das Ei durch Polypen aufgehalten worden sei.

Auch im Falle Breslau sind gewichtige Gründe vorhanden, welche die Unmöglichkeit, dass der Polyp dem Ei den Eintritt in den Uterus verwehrt habe, sehr wahrscheinlich machen. Der Polyp sass nicht in der Tube, sondern mehrere Millimeter unterhalb des Tubenostiums. Bei dem thatsächlich ziemlich hohen intrauterinen Drucke

konnte es gar nicht vorkommen, wie Breslau für möglich hält, dass der Polyp nach oben getrieben wurde und die Tubenöffnung verlegte. Stets, unter allen Umständen, die Frau mochte eine Lage einnehmen, welche sie wollte, wurde der Polyp in Folge seines eigenen Gewichtes und in Folge des intrauterinen Druckes nach dem Ostium uteri zugedrängt.

Also bleibt nur Fall Beck übrig. Derselbe ist am ungenauesten untersucht und beschrieben. Wir wissen nicht einmal bestimmt, wo der Stiel des Polypen sich befunden hat. Ausserdem muss hervorgehoben werden, dass sich die unzweideutigsten Zeichen einer alten Beckenperitonitis gefunden haben. Dieser letztere Umstand lässt auch den Fall Beck als einen solchen erscheinen, durch den die Ansicht von der ominösen Bedeutung jener kleinen Polypen nicht bewiesen werden kann.

Das Endresultat unserer Kritik ist somit: Von den vier von Leopold aufgeführten Fällen ist in zwei der Polyp mit Bestimmtheit nicht die Ursache der Tuben- resp. Gebärmutterwandschwangerschaft gewesen; in einem Falle ist es in hohem Grade zweifelhaft. Der 4. Fall kann als Beweis nicht dienen, weil Beckenperitonitis früher vorhanden war.

So klar, scheinbar, auf den ersten Anblick die Entstehungsursache auf der Hand lag, so wenig befriedigt die Theorie bei näherer Besichtigung. Ich habe geglaubt, die Mehrzahl dieser Polypen als Decidualproducte ansehen zu dürfen, und hielt deshalb ihr Entstehen erst für eine Folge der Schwangerschaft. Der Grund, der mich dazu bewog, ist die von mir nachgewiesene Thatsache, dass sich auf den Deciduen im 2.—4. Monate sehr häufig derartige Polypen finden. Ich glaube sogar annehmen zu können, dass sie zu den gewöhnlichsten Bildungen gehören und, wenn sie nicht zu zahlreich auftreten, dem Weiterwachsthum des Eies nicht hinderlich sind, im Gegentheil dann vom Ei zerdrückt werden und spurlos verschwinden.

Sehr geeignet muss nun die Partie der Decidua, welche sich um das Tubenostium bildet, sein, um polypöse Wucherungen hervorzubringen. Denn es entsteht eine stärkere Decidualwucherung um das Tubenostium herum, deren freier Saum, wie alle hervorragenden Stellen der Decidua zur Bildung der kleinen Polypen besonders leicht den Ausgangspunkt bieten.

Nehmen wir nun noch die Thatsache hinzu, dass nach den Zusammenstellungen Hennig's, die einzigen, die bisher darüber existiren, Polypen am Tubenostium ausserhalb der Schwangerschaft noch nicht gesehen worden sind, und halten wir dagegen die Häufigkeit der Decidualpolypen in den ersten Monaten der Schwangerschaft, so gewinnt die Ansicht, dass jene bei Extrauterinschwangerschaft gefundenen Polypen Decidualproducte seien, also erst nach dem Beginne der Schwangerschaft sich gebildet haben, immer mehr Raum.

Leipzig, December 1878.

Nachtrag: Herr Dr. Leopold hatte die Güte, mir das zweite Präparat noch einmal eingehender zu demonstriren und sprach sich über

die Entstehung dahin aus, dass er annehme, das Ei habe einen Theil der Polypen passiren können, sei aber wahrscheinlich durch die, dem Tubenostium näher sitzenden, aufgehalten worden. Diese letztere Partie, wo das vermuthliche Hinderniss gewesen sein soll, ist am Präparate durch die Nestbildung und nachherige Blutung zu Grunde gegangen.

II. Cystocele vaginalis als mechanisches Geburtshinderniss.

Von Dr. **Hans Brennecke,**
prakt. Arzt in Sudenburg-Magdeburg.

Frau Tiedge, 30 Jahr, robust, stand Mitte April 1877 am Ende ihrer vierten Schwangerschaft. Die drei ersten Entbindungen normal, letzte Geburt vor 4 Jahren. Pat. seitdem stets gesund, keine Mol. grav. Am 19. April 1877 begann Vormittags die Wehenthätigkeit, wurde indess erst in der Nacht zum 20. mit dem vorzeitigen Wasserabfluss regelmässig und kräftig. Am Abend des 20. wurde ich zur Kreissenden gerufen, da schon seit Mittag effectlose Presswehen bestanden. — Ich fand die Kreissende im stürmischsten Wehendrang; ohne Pause folgte Presswehe auf Presswehe, der Leib war für das Ende der Schwangerschaft auffallend flach, die Bauchdecken straff und fettreich; der ziemlich wasserleere Uterus etwas nach rechts von der Mittellinie abgewichen. Kind in I. Schädellage. — Bei der internen Exploration fällt sofort ein cystischer, das kleine Becken zum guten Theil ausfüllender Tumor auf, dessen Hauptmasse in der rechten Beckenhälfte liegt, der sich aber von hier unter sanduhrförmiger Verjüngung hinter der Symphyse nach links herum erstreckt, die vorderen seitlichen Vaginalwände stark in's Beckenlumen vorwölbend. In den kurzen, kaum merklichen Wehenpausen weich und elastisch, wird der Tumor in der Wehe ungemein prall gespannt und drängt von allen Seiten schärfer gegen das Beckenlumen vor. In der Wehenpause konnte man leicht den Inhalt des Tumors durch Druck auf seine Hauptmasse rechts von dort nach links herüber verschieben. Die Ermittelung der Kopfstellung und sonstigen Verhältnisse war dabei schwierig. Ich fühlte nur den Kopf mit starker Kopfgeschwulst hoch auf dem Beckeneingang stehen und überzeugte mich, dass der weit nach hinten gedrängte Muttermund erweitert war. — Die Anamnese ergab, dass die Kreissende seit 16 Stunden nicht urinirt hatte. (Sie hatte vordem niemals Harnbeschwerden gehabt.) Aeusserlich oberhalb der Symphyse vor und neben dem Uterus war nichts von einer gefüllten Harnblase zu sehen noch zu fühlen. Der fragliche Tumor konnte demnach nur die gefüllte dislocirte Harnblase sein. Der Katheter bestätigte die Diagnose: $^1/_3$ Nachtgeschirr voll Urin wurde entleert und der Tumor verschwand; mit ihm verschwand sofort jener stürmische Wehendrang, es traten regelmässige Wehen ein, die interne Exploration ergab, dass der hoch auf dem Beckeneingang

stehende Kopf sich in ausgeprägtester Vorderscheitelbein-Einstellung präsentirte: die grosse Fontanelle stand rechts hart neben dem Promontorium, die Pfeilnaht verlief quer, dicht vor dem Promontorium, die kleine Fontanelle war nicht zu erreichen. Die Conjugata diagonalis maass 11 cm. Die äussere Form des Beckens, wie der Gesammthabitus der Frau zeigten nichts rachitisches; es mochte sich also um ein in sehr geringem Maasse einfach plattes Becken handeln. Ich überliess die weitere Geburt den Naturkräften und hoffte bei dem geringen Grade der Beckenenge und den kräftigen Wehen die Geburt in Kürze beendet zu sehen. Statt dessen wurde ich nach drei Stunden (Abends 10 Uhr) wieder zu der Kreissenden gerufen mit der dringenden Bitte um künstliche Entbindung. Die Wehen waren gut geblieben, die Kopfgeschwulst ist stärker geworden, der Kopf steht noch immer hoch, aber fester im Beckeneingang, an seiner Stellung hat sich nichts geändert. Die ausgeprägte Vorderscheitelbein-Einstellung bei so geringer Beckenenge liess entweder einen stark entwickelten Kopf oder »die perverse Schädeleinstellung als solche« als Geburtshinderniss vermuthen. Ich entschloss mich zu einem Versuche mit der Zange, und war in etwas überrascht, als nach Schluss der Zange schon bei der ersten leichten Traction die kleine Fontanelle tief und die Pfeilnaht vom Promontorium weg in die Führungslinie rückte und als mit 3 oder 4 weiteren Tractionen der Kopf geradezu spielend entwickelt wurde. Das Kind war ein lebendes Mädchen von mittlerer Grösse. Der Schädel war, seiner Einstellung entsprechend typisch configurirt; eine deutliche rundliche Druckspur vom Promontorium fand sich hart an der Pfeilnaht auf dem linken Scheitelbein, 1—2 cm hinter der grossen Fontanelle; — die Kopfgeschwulst sass ausschliesslich auf dem rechten Scheitelbein. Die Maasse des nur mittelgrossen Kopfes waren: Umfang 35,0 — bitemp. 8.0 — bipar. 9,5. — Fronto-occip. 11,0 — Höhe 9,5. — Das Wochenbett verlief normal: auch die Harnentleerung zeigte keinerlei Störung. —

Zur Veröffentlichung vorstehender Geburtsgeschichte veranlasst mich die relative Seltenheit des Erlebten. Die wenigen in der Literatur bekannt gewordenen einschlägigen Fälle (ca. 20 an der Zahl) sind im Lehrbuche der Geburtshülfe von Naegele-Grenser (VII. Aufl. II. Theil p. 603) aufgeführt, in der neuesten Literatur, soweit sie mir zur Verfügung steht, konnte ich nichts hierher Gehöriges finden. —

Ueber die Aetiologie der zum mechanischen Geburtshinderniss werdenden Cystocele vaginalis dürften nicht viel Worte zu verlieren sein. Gegen die Ansicht Schröder's, dass »die ausgedehnte Blase nur dann einen grösseren in die Scheide vorspringenden Tumor inter partum bildet, wenn schon früher eine Cystocele bestand«, ist gewiss nichts einzuwenden und es könnte nur auffällig erscheinen, dass die Cystocele, die dem Gynäkologen doch verhältnissmässig oft auch bei Frauen des zeugungsfähigen Alters begegnet, dem Geburtshelfer nicht entsprechend häufig als Geburtshinderniss auf-

stösst. Es scheint, als ob nur ausnahmsweise bei der Cystocele inter partum die Knickung und Zerrung der Urethra so hochgradig wird, dass dem Urin der natürliche Abfluss beim Andrängen des vorliegenden Kindestheiles mechanisch verlegt wird. In der Mehrzahl der Fälle dürfte die nicht erheblich geknickte Urethra dem in die Enge getriebenen Harn freien Ausweg gestatten. —

Noch eine kurze epikritische Bemerkung. Die hochgradige Vorderscheitelbein-Einstellung und der (auch noch nach Beseitigung des durch die Cystocele gesetzten Hindernisses) zögernde Geburtsverlauf trotz guter Wehen standen im entschiedenen Missverhältniss zu der nur sehr geringen Beckenenge. Das bewies namentlich die Zange, die mit spielender Leichtigkeit die Kopfstellung corrigirte und den Kopf durch das Becken leitete. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass die excessive Vorderscheitelbein-Einstellung durch die Cystocele verursacht wurde. Mit jeder Wehe wirkten auf den Kindskopf zwei Kräfte; die eine, die expulsive Uterinkraft, repräsentirt durch die Richtung der kindlichen Wirbelsäule von oben her, — die andere als eine repulsive Kraft (der prall-elastische Widerstand der Cystocele) von vorn und unten her. Die Resultante beider Kräfte treibt nothwendig den Kopf in Vorderscheitelbein-Stellung. Die so erzeugte Vorderscheitelbein-Einstellung war im gegebenen Falle um so perverser, als auch nicht die leiseste Andeutung eines Hängebauchs existirte, der Leib im Gegentheil auffallend flach erschien. Die Uterinaxe und mit ihr die fötale Wirbelsäule war daher wohl senkrecht zur Beckeneingangsebene stehend zu denken. Die seitliche Biegung der Halswirbelsäule musste demnach in diesem Falle eine sehr erhebliche sein. Und so begreift es sich, dass auch nach Beseitigung der Cystocele die an sich guten Wehen ziemlich wirkungslos bleiben mussten. Ging doch der Hauptheil der in Richtung der kindlichen Wirbelsäule wirkenden Wehenkraft darauf verloren, die Halswirbelsäule immer stärker seitlich zu beugen, den am Promontorium aufgehaltenen Kopf immer mehr der linken Schulter anzunähern, — ein Vorgang wie er ganz analog bei der hinteren Scheitelbein-Einstellung zur Beobachtung kommt. —

---

1. **Budin** (Paris). Geburtsverletzungen bei der Entbindung.

Paris, **Doin,** 1878.

Vorliegende umfangreiche Arbeit, basirend auf zahlreichen, zum Theil eigenen aber noch nicht publicirten Beobachtungen, ist eigentlich eine vollständige Monographie der verschiedenen Verletzungen, welche während künstlicher Entbindungen bei Kreissenden stattfinden. Das Werk ist in drei Abschnitte getheilt: im ersten werden die Verletzungen der Weichtheile, im 2. diejenigen der Knochen und Gelenke beschrieben, und im 3., wo die Vermeidung dieser Läsionen besprochen wird, finden wir einige praktische Regeln, und einen neuen Vorschlag des Verf., worauf wir näher eingehen werden.

Er kann nicht nachweisen ob die eigentliche Unterstützung des Dammes bessere Resultate als die Methode von Depaul ergiebt, welche wesentlich darin besteht, dass man den Kopf mit 2 Fingern beider Hände zurückhält und nach der Symphyse drängt. Bei drohender Dammruptur verwirft er die seitlichen Einschnitte, empfiehlt aber sehr warm den von Tarnier vom Frenulum aus gegen die seitliche Umgebung des Afters (und nicht gegen die Tubera ischii) hin geführten Schnitt.

[In Paris werden in der Clinique d'accouchemens ausnahmslos die seitlichen Einschnitte, in der Maternité der Tarnier'sche Schnitt ausgeführt. — Pinard hat ganz vor kurzem letzteren etwas modificirt, indem er ihn seitlich vom Frenulum und nicht am Frenulum selbst anfängt. Prof. Aubenas in Strassburg führt seine Schnitte von unmittelbar neben dem Frenulum aus in die Richtung der tubera ischii. Dass der Werth der classischen seitlichen Einschnitte vielleicht zu hoch angeschlagen wurde, beweist in der Arbeit von Anna Broomall (Amer. obst. Journ. Juli 1878) eine Notiz, deren Consequenz dem Ref. nicht ohne Bedeutung erscheint, dass nämlich von 56 angeschnittenen Dämmen doch noch 8 d. h. 13 % rupturirten. In einem von Ref. vor kurzem beobachteten Fall rupturirte, trotz Ausführung der classischen Einschnitte, der Damm, welcher allerdings durch einen harten Schanker indurirt war, bis in den After. Ref.]

Dämme sollen nicht genäht werden, wenn die Theile gequetscht worden sind. Centrale Rupturen des Dammes werden nicht selten nach Forcepsanlegung beobachtet. Dabei wird ein neuer nicht publicirter Fall von Charpentier mitgetheilt, in welchem eine plötzliche Contraction den einschneidenden mit der Zange gefassten Kopf fast ganz durch den perforirten Damm austrieb.

In Fällen, in welchen die künstliche Entbindung indicirt und noch nicht möglich ist, wie bei Querlage nach Wasserabfluss und bei nicht erweitertem Muttermunde, oder bei Schädellage bei plattem Becken, wo auch die Cervix nach langer Geburtsarbeit wie in der eingekeilten Querlage in die Länge gezogen wird, schlägt Verf. eine Methode vor, welche, besonders bei Placenta praevia, schon angewendet wurde, nämlich die mechanische Erweiterung des Muttermundes mittelst einer Barnes'schen Kautschuckblase. Die vollständige Erweiterung könne innerhalb weniger Viertelstunden bewirkt sein: Die Risse sollen, wie Barnes schon bei Einleitung der künstlichen Frühgeburt betonte, immer fehlen.

Bei stehender Blase und fehlender Contraindication, empfiehlt Verf. bei Querlage die innere Wendung auf den Kopf und wendet dann in allen Fällen zur Fixirung der neuherbeigeführten Lage den Pinard'schen Geburtsgürtel, meistens mit Erfolg, an.

E. Hüter (Strassburg i/E.).

---

2. **G. Hermann** (London). London Hospital Reports für 1876.

Auf Seite 86—92 dieses Berichtes finden sich statistisch zusammengestellt alle Fälle von Fibroiden des Uterus, fibrösen und anderen Polypen, ebenso die Fälle von Dysmenorrhoe, welche im Jahr 1876 zur Beobachtung kamen, ferner die Fälle von Extrauterinpessarien und intrauterinen Applicationen.

9 Fälle von Fibroiden kamen zur Beobachtung, Durchschnittsalter der Patientinnen 42 Jahr; 6 davon wurden gebessert, 3 starben, eine an Blutung, je eine an Peritonitis und Pyämie in Folge der Operationen. Hauptsächlich wurden Incisionen des Cervix gemacht; in einem der tödtlich abgelaufenen Fälle liess sich der Cervix jedoch nicht so weit dilatiren, dass die beabsichtigte Enucleation vollendet werden konnte. Von 9 Polypen waren 2 Schleim-, 5 fibröse Polypen, einer ein Placentarpolyp. Letztre Patientin, die im 4. Monat abortirt hatte, starb septisch nach manueller Entfernung des Polypen.

Bei Dysmenorrhoe wurde 6 Mal der Cervix incidirt, das Os externum mit der Scheere, das internum mit dem Metrotom. Die Operation hatte mehr oder weniger Erleichterung im Gefolge, 1 Mal erfolgte jedoch eine 4 wöchentliche Perimetritis.

5 Mal wurden Intrauterinstifte verwendet, jedoch blieben sie nie lange liegen, 1 Mal folgte schon nach 3 Tagen eine leichte Entzündung.

7 Mal wurde zum Zweck intrauteriner Application bei Metrorrhagien der Cervix erweitert, und zwar mittelst Laminaria, theils wurde Eisenchlorid, theils Salpetersäure angewendet. 6 Mal Heilung; 1 Mal folgte Metritis, Peritonitis und später geistige Störung.

Underhill (Edinburg).

---

3. **A. Eder** (Wien). Aerztlicher Bericht über dessen Privatheilanstalt vom Jahre 1877.

Wien, Selbstverlag des Herausgebers, 1878.

Aus der reichen Casuistik gynäkologischer Erkrankungen folgt hier nur das Wichtigste:

In E.'s Heilanstalt wurden im Jahre 1877 11 Ovariotomien, sämmtliche von Prof. Billroth ausgeführt. Davon sind 7 genesen, 4 gestorben. Sämmtliche Fälle sind durch mancherlei Einzelheiten interessant, eine klare Uebersicht der Verfahren bei der Operation und den weiteren Verlauf ist aus der gegebenen Mittheilung nicht zu gewinnen. Von Sectionsbefunden bei den lethal verlaufenen Fällen ist nichts erwähnt.

Ferner werden 3 Fälle von Ovariencyste mitgetheilt, in welchen die Punction vom hinteren Scheidengewölbe aus mit darauffolgender wochen- bis monatelanger Drainage gemacht worden ist. Die Behandlung übernahm Hofrath Braun; der Erfolg bestand jedesmal in beträchtlicher Schrumpfung der Cysten.

Ausführlich wird eine Laporo-Hysterotomie wegen Fibroma uteri

mit Entfernung beider Ovarien mitgetheilt. Der Uterus wurde hierbei mittelst der galvanokaustischen Schlinge vom Cervix abgetrennt und dieser in die Bauchwunde vernäht. Heilung nach circa 8 Wochen.

Es folgt noch eine zahllose Aufzählung kurz skizzirter Fälle, in deren Mehrzahl Operationen von Braun, Späth, Bandl u. A. vorgenommen wurden und von denen namentlich die grosse Menge von Hysterostomatomieen bemerkenswerth ist.

Eine zweckmässige Sichtung des durchaus nicht übersichtlich mitgetheilten Materials hätte dessen wissenschaftliche Verwerthung wesentlich erleichtert. **Engelhorn** (Winnenthal).

---

4. **O. Dyrenfurth** (Breslau). Bericht über die Thätigkeit der Hebammenlehranstalt zu Breslau in den Jahren 1867—1877.

Breslau, **E. Trewendt,** 1878.

Aus dem ausführlichen Bericht hier nur das Wichtigste:

In 11 Jahren fanden 1039 Geburten statt. Die Lagen betreffend wurden 1001 Schädel-, 10 Gesichts- und 30 Beckenend- und Querlagen beobachtet. Enge Becken kamen 48 Mal vor und machten 13 Mal Kunsthülfe nothwendig. Dammrisse (auch die kleinsten mit eingerechnet) sind 190 = 18 % verzeichnet. Die Operationsfrequenz betrug $8^1/_3$ %. Auffallend ist, dass von 10 inneren Wendungen die letzte im Jahre 1872 gemacht wurde, da seither in Folge methodischer Anwendung äusserer Manipulationen während der Schwangerschaft keine Schieflagen intra partum mehr beobachtet wurden.

Bei den Wöchnerinnen fanden 201 Erkrankungen und 18 (= 2 %) Todesfälle statt. Die Wochenbettserkrankungen zeigen eine bemerkenswerthe Abnahme (Details siehe im Original) seit der Einführung strengen antiseptischen Verfahrens im J. 1872. Die dabei angewandten Massregeln sind die jetzt in gut geleiteten Anstalten allgemein üblichen und verdient vielleicht nur die besonders häufig angewandte prophylaktische Irrigation der Vagina mit Carbolwasser während der Geburt besonderer Erwähnung.

Bei den Kindern kamen auffallend häufig schwere Ophthalmieen vor: im Ganzen wurden davon 193 befallen. Auch hier hat eine vernünftige Antisepsis (ohne Polypragmasie, welche anfangs eine Vermehrung der Erkrankungen herbeizuführen schien) in letzter Zeit ein vollständiges Erlöschen der früher sehr gefürchteten Epidemie zu Stande gebracht. **Engelhorn** (Winnenthal).

---

5. **Routh** (London). Ueber Behandlung gewisser Formen von Uterusflexion, die auf gewöhnliche Weise seither nicht heilbar waren.

(Vortrag auf der Brit. med. Assoc. Bath 1878. — Brit. med. Journ. 1878. Sept. 28.)

Mit Bezug auf seine früheren Arbeiten in diesem Capitel, die Aetiologie der Flexionen und die Anwendung der Intrauterinstifte

betreffend, geht Verf. auf die Schilderung der Formen von Uterusflexion ein, die er hier im Sinn hat. Er versteht darunter 1. Fälle, wo der Gebärmutterkörper so beweglich über dem Cervix ist, wie in einem Kugelgelenk, der Punkt der Flexion kann im Cervix, aber auch im unteren Theil des Uteruskörpers liegen. Es sind dies die jedem Praktiker bekannten Fälle, wo man das eine Mal den Uteruskörper vor, dann hinter, ein ander Mal seitlich von der Portio findet. 2. Hat er Fälle im Auge, wo starke Vorwärts- oder Rückwärtslagerung des Organs eintreten kann, durch Knickung an der Vereinigungsstelle von Cervix und Vagina. Der Uterus kann in solchen Fällen so leicht nach allen Richtungen hin und her geschoben werden, dass er sogar parallel der hinteren Vaginalwand zu liegen kommen kann.

In solchen Fällen kann nur ein Intrauterinstift in passender Weise mit einem Hodge verbunden helfen.

Für die ersteren Fälle kann auch ein Simpson'sches Intrauterinpessar angewendet werden, dasselbe hat allerdings den Nachtheil ehelichen Verkehr unmöglich zu machen und unter Umständen entzündungserregend zu wirken.

Als besser empfiehlt er besonders für die Fälle der 2. Reihe ein Pessar, ähnlich dem von Wynn Williams, eine Combination von einem Intrauterinstäbchen mit einem von einer durchbrochenen Kautschuckplatte überzogenen Hodge; die Platte trägt eine Vertiefung in der der Knopf des Stäbchens wie in einem Nussgelenk verschiebbar ist.

Verf. hat auf diese Weise mehrere Fälle von Sterilität geheilt. Der einzige Nachtheil ist, dass Frauen, die nicht fleissig ausspülen, fötiden Ausfluss bekommen. Verf. zeigt 3 Arten solcher combinirter Pessarien vor, deren genauere Beschreibung ohne Original nicht leicht verständlich ist. (Zu beziehen durch Mr. Russel, 37 George Street, Portmann's Square, London.) **Fehling** (Stuttgart).

---

6. **Routh** (London). Ueber Intrauterinpessare.

(Brit. med. Journ. 1878. Aug. 24.)

Verf. empfiehlt für Lageveränderungen, die ihren Grund mehr im Ansatzpunkte des Uterus an die Vagina als im Organe selbst haben eine Art Hodge'schen Pessares, das eine Querstange mit einem Stifte trägt. Vermittelst einer Schraube lassen sich demselben verschiedene Stellungen geben. Das Instrument soll sich besonders für Anteflexionen eignen und zugleich durch Dilatation des Os die Sterilität bekämpfen. Der Uterus werde durch dieses Pessar, das auch leicht zu reinigen sei, bestens fixirt. **Herdegen** (Stuttgart).

---

7. **C. Garezky.** Zur Frage über die Fortdauer des Lebens der Frucht im Uterus nach dem Tode der Mutter.

Inaug.-Diss. St. Petersburg 1878. 8. 64 Seiten. [russisch].

G. stellt 379 Fälle von Kaiserschnitt post mortem zusammen, in denen 308 Kinder todt, 37 mit Lebenszeichen, 34 lebend geboren

wurden, von welchen letzteren aber nur 5 längere Zeit leben blieben. Die kritische Betrachtung der publicirten Fälle ergiebt aber, 1) dass die vorhandenen statistischen Daten nicht genügen zur Entscheidung der Frage, wie lange die Frucht nach dem Tode der Mutter fortlebt, 2) dass sie ebenso nicht genügen zur Aufstellung von Indicationen für den Kaiserschnitt post mortem, 3) dass die Hauptschuld in der ungenauen Beschreibung der Fälle zu suchen ist. —

Weiterhin wiederholt G. die Breslau'schen Experimente an Thieren, wobei er zur Bestimmung des Momentes des Todes die Acupunctur des Herzens benutzt. 34 Experimente werden gemacht an 3 Schafen, 4 Kaninchen, 5 Hunden, 22 Katzen.

Seine Resultate fasst G. folgendermassen zusammen.

1) Unzweifelhaft überlebt die Frucht den plötzlichen Tod der Mutter.

2) Extraction der Frucht in den ersten 6 Minuten p. m. giebt Hoffnung, dieselbe lebend zu bekommen.

3) Zwischen 6—10 Minuten kann man schwach asphyktische Früchte extrahiren.

4) Zwischen 10—26 erhält man höchstens tief asphyktische Früchte, die alle bald sterben.

5) Leicht oder schwer asphyktisch oder sogar todt sind die Früchte oft schon in der 1. Minute p. m.

7) Die Todesart der Mutter hat einen bedeutenden Einfluss auf die Lebensdauer der Frucht.

8) Je kürzer die Zeit zwischen der Ursache, die den Tod der Mutter herbeiführt, und dem Sistiren der Herzthätigkeit«, desto länger dauert das intrauterine Leben der Frucht.

9) Tod der Mutter durch schnell wirkende Gifte ist für die Früchte günstiger als Tod aus anderen Ursachen.

10) Unreife Früchte überleben die Mutter nicht weniger lange als reife.

12) Welches auch die Todesursache der Mutter sei, die Früchte sterben immer unter den Erscheinungen des Erstickungstodes.

Die Arbeit ist unter Leitung von Prof. Horwitz gemacht.

E. Bidder (St. Petersburg).

---

8. **Verardini** (Bologna). Uteringeräusch.

(Giornale veneto di Sc. m. 1878. Juli und August.)

Verf. hat schon in früheren Arbeiten behauptet, dass das Uteringeräusch in den Uteringefässen an der Placentarinsertionsstelle entstehe; dass es in den ersten Monaten der Schwangerschaft durch Vaginalauskultation (durch Application eines von ihm modificirten Stethoskopes an die Vaginalportion) zu vernehmen sei; dass die Persistenz eines lauten Vaginalgeräusches in den letzten Monaten der Schwangerschaft für Placenta praevia spreche.

Die Vaginalauskultation soll für die Diagnose der Schwangerschaft in den ersten Monaten sehr wichtig sein.

Zu den vielen früher mitgetheilten Krankengeschichten fügt Verf. noch 5 Fälle hinzu, in welchen die Schwangerschaft (einmal mit Ovarialkystom complicirt) durch blosse Vaginalauskultation sehr bald erkannt wurde. — In 2 anderen Fällen von Amenorrhoë und vermutheter Schwangerschaft (Chlorose, Fibroid) war das Geräusch nicht zu vernehmen. **Liebman** (Triest).

---

9. **Ruge** (Berlin). Ueber Nabelschnurtorsionen.

(Zeitschr. für Geburtshülfe und Gynäkologie Bd. III. Hft. 2.)

Mit Bezug auf die bekannten differirenden Ansichten von Dohrn, Kehrer, Martin erklärt Ruge, dass er, wie auch Martin, die gewöhnlichen Torsionen des Nabelstranges todter Früchte allerdings nicht für postmortale Erscheinungen halte, dagegen müsse er das entschieden für die Stricturen oder Stenosen der Nabelschnur behaupten, die gewöhnlich mehrfach vorkommen. Wie weit derartige Verdünnungen intra vitam ausgebildet sind, ist nicht sicher zu sagen. Wahrscheinlich entstehen bei schon vorher vorhandenen einfachen Windungen und Ueberdrehungen der Nabelschnur post mortem die Stenosen durch Sulzeschwund.

Auch die zuweilen bei Nabelschnur-Umschlingung todter Früchte vorhandene Atrophie der Muskeln und Haut, ebenso wie die sogenannten Nabelschnurcysten todter Früchte scheint Verf. geneigt zu sein, als postmortal anzusehen. **Fehling** (Stuttgart).

---

10. **E. Börner** (Graz). Ueber Bluterkrankheit in ihrer Bedeutung für die Gynäkologie.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 33, 35, 36, 37, 38.)

Verf. beschreibt, nachdem er einleitend die Arbeit Kehrers »Die Haemophilie beim weiblichen Geschlechte« erwähnte, sehr ausführlich einen einschlägigen Fall.

Eine 52 Jahr alte blasse Frau klagte über langandauernde Genitalblutung. Beim Einführen des Speculums fand Verf. starke Injection der Schleimhaut und dieselbe fing an verschiedenen Stellen ganz merklich zu bluten an. Ohne dass beim wiederholten Betupfen mit Watte die kleinste Läsion sichtbar geworden wäre, quoll das Blut überall wie aus einem Schwamme hervor. Auch 2 Schwestern der Frau litten an starken Blutungen, eine derselben hatte in ihren zahlreichen Wochenbetten jedesmal lebensgefährliche Metrorrhagien durchzumachen. Die Kranke selbst hatte in jedem ihrer 7 Wochenbetten aussergewöhnlich starke Blutverluste, und hatte auch ausser der Zeit 3 Mal auf rein psychische Erregungen hin derartige Blutverluste durchzumachen, dass ihre Umgebung sie jedesmal als verloren betrachtete; auch erlitt sie auf den geringsten Insult hin oft Genitalblutungen. Die hämorrhagische Diathese zeigte sich auch am Zahnfleisch, Thränennasengang, Mastdarm, nach Druck auch auf der äusseren Haut,

an dem Verhalten der vorhandenen Varices. Alle 7 Kinder der Frau zeigten Erscheinungen der Hämophilie.

An die Mittheilung dieses Falles schliesst sich eine kritische Untersuchung der Einzelheiten desselben, deren Ergebniss eine Bestätigung der meisten von Kehrer diesbezüglich aufgestellten Sätze enthält und die auch zur Erweiterung unserer Kenntniss dieser Krankheitsform einen Beitrag liefert. **Bandl** (Wien).

---

11. Horwitz. Beiträge zur Wendung auf die Füsse. —
(Archives de tocologie 1878. Sept.)

Punkte, die der Verf. besonders hervorhebt, sind folgende:

1. Bei einer Querlage und ungenügend erweitertem Muttermund soll man exspectativ verfahren; bei gleichzeitigen, spastischen Contractionen des Uterus Chloroform nur erst dann in Anwendung bringen, wenn man die Wendung ausführen kann. Die Narkose soll dann eine vollständige sein.

2. Kann man mit der Hand nicht zum Fuss gelangen, ohne sich der Gefahr einer Uterusruptur auszusetzen, so soll man auf das Knie wenden.

3. Falls weder Fuss noch Knie zu erreichen ist, soll man auf das Beckenende wenden, jedoch in der gewöhnlichen Weise, nicht mittels des in den After eingehakten Fingers. —

Wohl nicht in Uebereinstimmung mit den meisten geburtshülflichen Operateuren hält Verf. die Wahl der Hand zur Wendung für gleichgültig und operirt immer mit der rechten; ebenso wendet er nur in der Rückenlängslage, wobei es ihm (s. p. 527) nicht gelang, bei einer II. B Querlage die Füsse zu erreichen, was in der entsprechenden Seitenlage vielleicht möglich gewesen wäre.

Als Druckfehler ist wohl anzusehen, dass die Placenta 2723 g wog bei einem knappreifen Kinde und dass bei diesem Kinde »der Kopfumfang« (welcher ? Ref.) 50 cm betrug, während die Durchmesser des Kopfes 11, 5, 9, 10 und 12, waren.

Schütz (Leipzig).

---

12. Mc. Clintock (Dublin). Sterblichkeit im Wochenbette.
Vortrag gehalten in der geburtshülflichen Section auf der 46. Jahresversammlung der »British medical Association« zu Bath. August 1878.
(Brit. med. Journ. 1878. Aug. 10.)

An den irrthümlichen Ansichten, die bis jetzt noch über diesen Punkt verbreitet sind, tragen nach Verf. die früher ausgerechneten viel zu günstigen Zahlen (auf 212 Geburten in Privatpraxis und auf 282 Geburten in Anstalten je 1 Todesfall) die Schuld, die es einem unmöglich machen mit Resultaten nach anderen wichtigeren Maximen gewonnen vor die Oeffentlichkeit zu treten. 1869 kam Verf. mit seinen Berechnungen, denen er eine Anzahl Fälle aus der Praxis hervorragender Aerzte zu Grunde legte, zu einer Mortalität von 1:125; Duncan von 1:120 für vierwöchentliche Wochenbette. Heute stellt Verf. 1:100 als der Richtigkeit näher

kommende Zahl auf. Er gewann dieselbe aus 10,818 der Privatpraxis von 9 Geburtshelfern entnommenen Fällen, wovon 103 starben, was eine Mortalität von 1:105 ergiebt. Doch ist diese Zahl nach Verf. eher unter der Wirklichkeit, in Folge von Unrichtigkeiten in den Privatnotizen der Aerzte. Ferner werden in den amtlichen Todtenlisten alle Frauen, die während des Wochenbettes an irgend einer, anscheinend nicht puerperalen Krankheit starben als nicht im Kindbett gestorben eingetragen. Nun soll aber nach Verf. über $^1/_4$ aller Todesfälle im Wochenbette irgend einer »ihrer Natur nach nicht eigentlich puerperalen Erkrankung« zur Last fallen, so dass statt 11,722 Frauen die in den letzten 9 Jahren nach amtlichen Notizen in England im Wochenbette starben, 15,629 zu setzen wäre was eine Mortalität von 1:126 ergäbe. Noch weitere Fehlerquellen führt Verf. an, welche die Zahlen zu günstig gestalten helfen. Die Angaben des Verf. beziehen sich auf Stadtbevölkerung aus den höheren und Mittelclassen, Landbevölkerung dürfte bessere Resultate geben.

Zum Schluss citirt Verf. noch Zahlen, die Lusk in New York aus einem Zeitraume von 9 Jahren herausrechnete: wonach im Wochenbette überhaupt wenigstens 1 von 85 Frauen stürbe, rechne man aber nur was an Puerperalfieber sterbe, so komme erst auf 146 Frauen 1 Todesfall. **Herdegen** (Stuttgart).

---

13. **Allbutt** (Leeds). Wie lässt sich die Sterblichkeit im Wochenbette beschränken?

(Brit. med. Journ. 1878. Aug. 31.)

Verf. thut dazu merkwürdige Vorschläge. Zunächst entwickelt er, dass in England und Wales jährlich über 3000 Mütter im Kindbette sterben: auf 189 Geburten 1 Todesfall. Die Mortalität vertheilt sich folgendermassen: von je 100,000 Gebärenden der verschiedenen Altersclassen starben: im Alter von 15—25 Jahren 668. 25—35 Jahren 425. 35—45 Jahren 633. 45—55 Jahren 833. Demnach wären, weil für diese Altersclassen nach obigen Angaben die Sterblichkeitsverhältnisse am günstigsten, die Mädchen möglichst bald nach zurückgelegtem 20. Jahr zu verheirathen, Frauen über 35 Jahre alt sollten keine Kinder mehr bekommen. Durch Belehrung des Publicums sollten die Aerzte es allmälig so weit bringen, dass nach diesen Maximen gehandelt würde. **Herdegen** (Stuttgart).

---

14. **L. Gutsch.** Ueber die Ursachen des Shoks nach Operationen in der Bauchhöhle.

Inaug.-Diss. Strassburg 1878.

Billroth erklärt den Shok als den paralysirenden Einfluss einer plötzlichen und heftigen Nervenverletzung auf die Herzthätigkeit. Diese Erklärung genügt für die Fälle, wo in Folge schwerer Läsion wichtiger Eingeweide, Zermalmung oder Ausreissung einer Extremi-

tät der Tod innerhalb weniger Stunden unter äusserster nervöser Depression eintritt. Complicirter gestaltet sich die Aetiologie des Shoks nach langwierigen Operationen in der Bauchhöhle, da hier ausser dem Nervenreiz noch der Blutverlust, die lange Narkose und die Abkühlung in Betracht gezogen werden müssen.

Namentlich war man seit den Wegener'schen Untersuchungen geneigt, die letztere als die wichtigste Ursache des Shoks aufzufassen, da hierbei stets ein starkes Sinken der Eigenwärme beobachtet wird. Diese Temperaturerniedrigung ist jedoch nicht allein durch directe Wärmeabgabe nach aussen bedingt, sondern zum Theil die Folge verminderter Wärmeproduction, sie ist nicht Ursache, sondern Wirkung des Shoks; sie tritt daher auch in den Fällen auf, wo eine Abkühlung sorgfältigst vermieden wurde.

Verf. stellt deshalb die Behauptung auf, dass der »Einfluss des operativen Eingriffs selbst auf das Nervensystem, die fortgesetzten Manipulationen am eröffneten Peritoneum die Hauptursache des Shokes und somit die wichtigste Schädlichkeit« sind.

Um diesen Satz zu beweisen, hat er zahlreiche, interessante Versuche angestellt:

1. An Fröschen (um den Factor der Abkühlung auszuschliessen): Berührung und Quetschung des Darms, Magens, der Lunge hatte Herzstillstand (in Diastole) von 3—10 Secunden Dauer zur Folge; ausserdem entstand starke Hyperämie der Bauchorgane in Folge von Lähmung der Gefässnerven (s. Klopfversuch von Goltz).

2. An Lapins: Insulte auf das Peritoneum durch Eröffnung, Zerrung, Quetschung etc. hatten in allen Fällen zunächst eine kurze Steigerung, dann starkes Sinken des Blutdrucks und eine erhebliche Verlangsamung der Herzaction zur Folge.

In ähnlicher Weise schädlich, nur sehr verschieden nach der Art des angewandten Mittels, erwies sich der Sprühregen; sehr schlecht wurde das Carbol vertragen.

Auf Grund dieser Versuche räth Verf. ebenso oder noch mehr wie die Abkühlung, jedes unnöthige Manipuliren am Peritoneum zu vermeiden und in jedem Falle möglichst schonend und rasch zu operiren.

Im Anschluss hieran theilt Verf. 6 Bauchhöhlenoperationen aus der Gusserow'schen Klinik in Strassburg mit (aus den Jahren 1876—1877).

Es wurden exstirpirt: 1 Cyste des Lig. latum und 3 Ovarialcystome. Der Stiel wurde stets mit Catgut unterbunden und versenkt; 2 Mal Drainage des Douglas'schen Raumes, Zapfennaht. Genesung in allen Fällen ohne Lister. 2 Probeincisionen; in dem einen Falle musste die Exstirpation unterbleiben wegen ausgedehnter Verwachsungen des Tumors mit Netz und Darm, in dem andern wegen retroperitonealer Entwickelung desselben. Sowohl die Experimente als die Krankengeschichten bieten so viel Interessantes, dass die sehr fleissige Dissertation wegen der Details nachgelesen werden muss.

Schwarz (Halle a/S.).

---

15. G. Kispert (Madrid). Ueber die sogenannten begleitenden consensuellen Erscheinungen in entfernteren Organen bei Gebärmutterkrankheiten.

(Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie Bd. III. Hft. 2.)

Aus der Thatsache, dass in den Vertretern der Coelenteraten ein die sexuellen und verdauenden Organe harmonisch verbindendes Nervensystem (Nervenring) besteht, dass in allen höheren Thierclassen vor Allem diese 3 Gruppen, Nervensystem, Verdauungs- und Fortpflanzungsapparat vorkommen und die übrigen Organe sich durch Differenzirung dieser gebildet haben, folgert Verf., dass in allen Thierclassen Sexualorgane und verdauende Cavität vorzüglich durch das Nervensystem in innigster Beziehung stehen und verwerthet er diesen Satz zur Erklärung der Frage, warum Erkrankung des Uterus zuerst Erregung in dem Verdauungs- und Nervenapparat bewirkt.

Vielleicht könnte der sympathische Zusammenhang von Herz, Thyreoiddrüse und Auge in der Basedow'schen Krankheit in der gleichzeitigen Entstehungs- und Entwicklungsperiode dieser 3 Organe seinen Grund haben. **Meyburg** (Dresden).

---

16. D. Haussmann. Geschichtliche Untersuchungen über das Speculum matricis.

(Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie Bd. III. Hft. 2.)

Während die Erweiterung des Muttermundes durch den Finger und graduirte Röhren schon in den ältesten Zeiten bekannt war und bis Hippocrates Erwähnung findet, ist der Nachweis über die Anwendung eines Speculums erst in den Schriften Galen's geführt. Dasselbe diente anfangs nur zum Sehen, nicht aber zur Erweiterung der Geschlechtstheile, wozu die Einführung der Hand empfohlen wird. (Soranus) Tertullian beschreibt zwar ein die Genitalien erweiterndes Instrument, welches aber zur Enthirnung des Kindes verwendet wurde.

Erst Aëtius spricht von einer Dioptra, zum Sehen und Erweitern bestimmt, und giebt Regeln über deren Anwendung, die sich auf Beleuchtung, Anstellung der Assistenten, Schonung der Theile gegen Verletzung beziehen. Durchweg diente sie zur Erkenntniss der Rhagaden der Gebärmutter, des »uterus exulceratus«, der Hämorrhoiden, zur Operation der Atresien und zu deren Offenhalten. In den Händen der arabischen Aerzte finden wir die Specula zu demselben Zwecke; doch werden nach Avicenna zur Heilung der Atresien auch solide zinnerne Stäbe von verschiedener Dicke gebraucht.

Von Erweiterung der Genitalien durch das Speculum bei schweren Geburten spricht zuerst Guy de Chauliac.

Ein 3blätteriges Speculum beschreibt Vidi Vidius; ein eben solches Rueff, welcher auch ein Apertorium abbildet, welches, zur Extraction des Kindes bestimmt, Aehnlichkeit mit dem Forceps hat; 2 andere Ambroise Paré. Derselbe bildet zuerst ein röhrenför-

miges, gebogenes, an seinem Ende sich verjüngendes und durchlöchertes Speculum ab zur Behandlung des Fluor und zur Ermöglichung des Eiterabflusses nach Operationen. — Wier beschreibt einen röhrenförmigen, an beiden Enden gleich weiten, in der Mitte bauchigen Spiegel, dessen Wandungen überall durchlöchert sind; ferner einen 3blätterigen Dilatator und eine Zange, sämmtlich zur Operation der Atresien. — Die vielen übrigen Formen der Specula, von denen das Mauriceau'sche scheerenförmige Dilatatorium, ein »zweibeiniger« Spiegel mit federnden Armen von Tinnius, ein 6blätteriger von Arnaud und ein kornzangenähnliches Dilatatorium von Osiander genannt werden mögen, wurden theils zu diagnostischen Zwecken, theils zur Erweiterung der Geschlechtsorgane bei gynäkologischen oder geburtshülflichen Operationen verwandt, und zwar zur Diagnose um so ausschliesslicher, je mehr sie der Neuzeit angehören. Den Grund, dass die ursprünglich zu rein diagnostischen Zwecken erfundenen Specula zu Erweiterungsinstrumenten umgewandelt wurden, findet Verf. in dem Bedürfnisse, bei dem mangelhaften geburtshülflichen Instrumentarium, die Scheide vor Verletzungen zu schützen. Mit Einführung besserer Operationsmethoden und geburtshülflicher Instrumente werden auch die Specula wieder zu ihrem ursprünglichen Zwecke verwandt. **Meyburg** (Dresden).

---

17. **Epstein** (Prag). Ueber die Milien im Gesichte der Neugeborenen.

(Central-Ztg. für Kinderheilkunde Jahrg. II. No. 4.)

Verf. wendet sich vorzugsweise gegen die Ausführungen von Küstner (Arch. f. Gynäkologie Bd. XII). Der Unterschied, den dieser zwischen Comedo und Milium der Neugeborenen macht, ist nicht vorhanden, indem sämmtliche Follicularcysten des Gesichtes Neugeborener als Milien zu betrachten sind, da sämmtlichen die charakteristische Eigenschaft derselben — der subepidermoide Sitz — zukommt; eigentliche Comedome, die sich aussen öffnen, giebt es bei Neugebornen nicht.

Ferner kommt Verf. an Untersuchungen auf der Breysky'schen Klinik zu dem Resultat, dass die Reichlichkeit der Milien kein Urtheil über die Reife oder Unreife eines Neugeborenen gestattet und als ein Merkmal zu diesem Zwecke nicht verwerthet werden kann, ein Satz, den Küstner aufgestellt hatte. **Schellenberg** (Leipzig).

---

18. **Peters** (Elster). Eine physiologische Bewegung des Uterus.

(Arch. der Heilkunde Bd. XIX.)

Verf. führte ruhig in Rückenlage liegenden Frauen einen 26 cm langen Laminariastift in den Cervix ein; nachdem derselbe sich durch Aufquellen fixirt hatte, konnte man an dem aus der Scheide herausragenden freien Ende regelmässige, hebelartige auf- und niedergehende

Bewegungen wahrnehmen und auch graphisch aufzeichnen lassen. Dieselben entsprachen den Athembewegungen, wurden mit ihrer Tiefe und Frequenz ausgiebiger und frequenter. Das Mittel beträgt 3—5 mm.

Schellenberg (Leipzig).

---

19. **E. Wilson** (Philad). Die radicale Heilung der Dysmenorrhoe und Sterilität durch die rasche Erweiterung des Cervicalcanals.

(Verhandlungen der Amer. gynäk. Gesellschaft 1877. p. 553.)

Zur Behandlung von Dysmenorrhoe bedingt durch Knickung, organische und entzündliche Stenose und unzureichenden Ausfluss bedient sich Verf. seit 5 Jahren ausschliesslich der raschen Dilatation, welche er mittelst seines zweiblätterigen (dem Ellinger'schen ähnlichen) Dilatator ausführt. Nicht nur hat er nach ein-, oder mehrmaliger Erweiterung stets die Dysmenorrhoe schwinden sehen, sondern er hat auch mehrmals baldige Schwangerschaft nach jahrelanger Sterilität eintreten sehen. So führt er 11 Fälle an, von denen 4 unverheirathete, 7 nach jahrelanger Ehe sterile Frauen waren; die ersteren wurden alle schnell von ihrer Dysmenorrhoe befreit, von den letzteren concipirten 6 nach mehr oder weniger häufiger Dilatation.

P. F. Mundé (New-York).

---

20. **R. Cory** (London). Bericht über die Befunde bei 50 todtgebornen Kindern.

(St. Thomas' Hosp. Reports Vol. VIII.)

Von diesen waren 21 schon einige Tage todt, daher Fäulnisserscheinungen an der Haut, nur 3 von den letzteren waren an Lebersyphilis und Peritonitis erkrankt. Die Leber war in diesen Fällen mit einer unzähligen Menge weisser Punkte bedeckt, die sich mikroskopisch als kleine Gummata erwiesen. Bei einem andern Kind fand sich Peritonitis mit Adhäsionen, die stellenweise Verkalkung zeigten. Bei einem anderen fand sich ein Spindelzellensarkom einiger Dorsalwirbel.

Der Nabelstrang war in allen Fällen unterhalb der Mitte des Leibes inserirt. Unter 9 Fällen, wo der Fötus 18″ weit auf den Kopf fallen gelassen wurde, brachen 8 Mal die Scheitelbeine entzwei, entsprechend den darauf bezüglichen Schlüssen Chaussieu's.

Underhill (Edinburg).

Casuistik.

21. **P. J. Möbius** (Leipzig). Ueber den pathologischen Befund beim Ikterus der Neugeborenen.

(Archiv der Heilkunde Bd. XIX.)

In den Jahren 1875—1877 fanden sich unter 300 Kinderleichen in der Dresdner Entbindungsschule 48=16 % ikterische. Die wesentlichen, namentlich von den der Leichen erwachsener Ikterischer abweichenden Befunde waren folgende: Es zeigte sich eine besonders hervortretende Färbung des Gesichtes; eine sehr inten-

sive Färbung der Gefässintima und des Gehirns; die Leber zeigte kaum Volumveränderungen, die Gallengänge waren stets durchgängig, der Darminhalt immer gallig gefärbt. Die Nieren blass ohne den eigenthümlichen Befund wie bei dem Ikterus Erwachsener. Sehr häufig fanden sich Hämorrhagien verschiedener Organe. In 18 Fällen wurden eigenthümliche Herderkrankungen des Gehirns beobachtet. — Anhäufungen von gelb gefärbten Körnchenzellen, rothen Blutkörperchen und zahlreiche Pigmentanhäufungen in den Gefässen.

Von sonstigen Erkrankungen fanden sich 13 Mal Nabelerkrankungen, 5 Mal Syphilis, 2 Mal Sclerem der unteren Extremitäten.

Es kann sich hier nur um den symptomatischen, den Ikterus gravis Neugeborner handeln; dieser ist ein hämatogener, stellt eine Dissolutio anguinis dar, und beruht in den meisten Fällen wahrscheinlich auf septischer Infection (Nabelerkrankungen. Uebereinstimmende Befunde mit den ikterischen Leichen erwachsener Septischer). Andere Erkrankungen, die ihn hervorrufen können, sind Lues (ohne Leberaffection) hämorrhagische Diathese, acute Fettdegeneration, Sclerem des Zellgewebes. Jedenfalls besteht eine grosse Disposition des Neugeborenen zu ikterischer Erkrankung. Die Encephalitis ist vielleicht als embolischer Vorgang aufzufassen. **Schellenberg** (Leipzig).

22. **Chassagny** (Lyon). Starke Entwickelung und weit vorgeschrittene Verknöcherung des Schädels als Geburtshinderniss.

(Lyon med. 1878.)

38jähr. Primip. ist einen Monat über die Zeit gegangen, Entwickelung des Kopfes mit dem Zangenapparate Verf.'s. D. bit. 10,5, D. bip. 12,0, Mento-occip. 19,0, nach 4 Tagen 16,0. Sub bregm. 10,5. Die Nähte und Fontanellen sind ganz geschlossen. Verf. glaubt, dass die Extraction dieses Kindes ohne alle Verletzungen nur mit seinem Apparate möglich gewesen und hält demselben eine grosse, langweilige Lobrede. **Schwarz** (Halle a/S.).

23. **J. v. Massari** (Wien). Zwei nach der Bozeman'schen Methode geheilte Fälle von Blasenscheidenfistel.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 25 und 26.)

Im ersten Falle handelte es sich um eine für den Zeigefinger durchgängige Fistel, deren oberer Rand knapp an der vorderen Uteruslippe zog. Die Einstellung derselben war durch seitliche durch die Vagina ziehende Narben beschränkt. Im Zeitraum von 7 Wochen gelang es die Narben durch Einschneiden und Einlegen von Hartgummicylindern zu beseitigen. 4 Nähte genügten um den ursprünglich 2 cm breiten Defect zu vereinigen und Heilung zu erzielen.

Im zweiten Falle handelte es sich um einen ähnlich situirten, nach allen Seiten $2^1/_2$ cm Durchmesser haltenden Defect. Die 37jährige Frau wurde bei bestehender Fistel 2 Mal schwanger. Keine Narben in der Scheide complicirten den Fall und es konnte die Operation leicht ausgeführt werden. 6 Nähte auf die Bozeman'sche Weise angelegt heilten die Frau.

Verf. spricht zum Schlusse die Ansicht aus, dass die Bozeman'sche Naht leichter als die Simon'sche auszuführen sei, hält sie auch für besser als die Sims'sche und giebt zugleich der Ueberzeugung Raum, dass die präp. Behandlung nach Bozeman in durch Narben complicirten Fällen von grossem Werthe sei.

In beiden Fällen waren die Fisteln nach langdauernden Geburten, im ersten Falle bei der neunten Geburt, entstanden, im 1. Fall wurde die Geburt mit Forceps, im 2. Fall durch Craniotomie beendet. **Bandl** (Wien).

24. **Hofmeier** (Berlin). Ueber einen Fall von hochgradiger einseitiger Cervixdehnung während der Geburt.

(Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkologie Bd. III. Hft. 2.)

Bei einer Erstgebärenden mit hochgradig rhachitischem Becken, C. D. 9,5, fand Verf. die Gebärmutter vollkommen anteflectirt, auf die linke Seite gelagert und der Art um ihre verticale Axe gedreht, dass sich das rechte Ligament. lat. deut-

lich vor derselben fühlen liess. Das Kind lag in zweiter Querlage, jedoch nicht im Uterus, sondern mit demselben quer. Nach Hereindrängen des Kopfes auf den Beckeneingang bildete die colossal ausgedehnte rechte Cervicalhälfte, die denselben vorher aufgenommen hatte, auf der rechten Seite einen Tumor von der Grösse und Consistenz der stark gefüllten Harnblase. Wegen drohender Ruptur wurde zur Perforation und Extraction mit Cranioclast geschritten. Das Wochenbett verlief normal.

Verf. erklärt diese übermässige einseitige Cervixdehnung durch anhaltendes Liegen der Frau auf der linken Seite in Verbindung mit der Beckenenge.

Zwei hübsche Abbildungen legen die Verhältnisse auf den ersten Blick klar.

Herdegen (Stuttgart).

25. **Veit** (Berlin). Schädelfissur bei normalem Becken durch Darreichung von Secale cornutum.

(Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkologie Bd. III. Hft. 2.)

Verf. giebt einen interessanten Beitrag zu der sparsamen Casuistik, die wir über Verletzungen des Kindskopfes, auf fehlerhafter Wehenthätigkeit beruhend, besitzen, der zugleich als Illustration zu Benicke's Arbeit über Anwendung des Mutterkorns in der Geburtshülfe (cf. Ref. im Centralblatt für Gynäkologie 1878. No. 14) dienen kann.

Ein durch das nicht verengte Becken einer Erstgebärenden spontan durchgetretenes, normal grosses Kind zeigte in Folge übermässiger Darreichung von Mutterkorn während der Eröffnungszeit Schädelfracturen, Sprengungen von Nähten, Blutergüsse über das Hirn und erhebliche Druckerscheinungen am Rumpfe. Die Nachgeburt musste manuell entfernt werden, eine Nachblutung stellte sich ein.

Herdegen (Stuttgart).

26. **Lilienfeld** (Prag). Kunstfehler in der Geburtshülfe.

(Memorabilien Jahrgang XXIII. Hft. 9.)

In der Nähe Prags wurde von einem Wundarzte bei Querlage mit Vorfall einer Hand die Zange angelegt. Beim dritten Versuche glitt der eine Löffel nach oben aus und fiel die Frau in Ohnmacht. Der hinzugerufene Arzt entband dieselbe durch Wendung auf die Füsse von einem todten Knaben.

Am nächsten Tage starb die Mutter. Die Section ergab beinahe vollständige Abreissung des Gebärmutterhalses von der Scheide. Tod durch innere Verblutung. Auf Brust und Rücken des Kindes deutliche Zangeneindrücke.

Auf die Anzeige des Arztes wurde dem Wundarzte die Praxis bis nach Ablegung einer neuen Prüfung in der Geburtshülfe untersagt.

Herdegen (Stuttgart).

27. **Johannovsky** (Prag). Sarkoma teleangiectaticum uteri.

(Prager med. Wochenschrift 1878. No. 42.)

Bei einer 57jährigen Frau, die mehrmals geboren und seit 7 Jahren im Stadium der Menopause war, trat nach nur zweitägigen Blutungen eine Geschwulst vor die Vulva, dieselbe blutroth, fleischig, ist durch das völlig verstrichene Collum aus dem Uterus herausgetreten, wo sich eine breite Basis an der vorderen Wand nachweisen lässt. Am nächsten Tag war die ganze Geschwulst in den Uterus zurückgetreten, nur war im Muttermund noch ein höckeriger Theil der bröckligen Geschwulst zu fühlen. Verf. entfernte die Geschwulst, soweit es das Allgemeinbefinden der Frau erlaubte mit Scheere und Hakenzange. Unter antiseptischen Ausspülungen verschwand Fieber und Ausfluss bald, und Pat. wurde vorläufig entlassen.

Die mikroskopische Untersuchung wies neben den Elementen eines Fibromyoms zahlreiche sarkomatöse Bildungen nach mit ausserordentlich reichlicher Gefässentwicklung, von denen sich die feinsten in ein dünnes Maschenwerk, das die grösseren Gefässe umschnürte, auflösten.

Der mikroskopische Befund ist also völlig im Einklang mit dem klinischen Befund.

Fehling (Stuttgart).

28. **V. Stone** (Laurencekirk). Ueber Puerperalscharlach.

(Brit. med. Journ. 1878. October 5.)

Eine mit der Zange entbundene I para erkrankte nach 32 Stunden unter den Symptomen des Scharlach, ohne dass irgendwie Symptome einer localen puerperalen Erkrankung dabei aufgetreten wären. Nur die Milchsecretion blieb unterdrückt.

Im Gegensatz hierzu führt er einen früheren Fall an, wo eine Wöchnerin neben ihren scharlachkranken Kindern am 3. Tag erkrankt, am 6. Tag an Puerperalfieber starb, ohne dass Symptome von Scharlach sich gezeigt hatten.

Verf. meint, dass in vielen Fällen von specifischem Scharlach die localen Symptome gar nicht zum Ausbruch kommen, doch seien weitere Beobachtungen nöthig.

Fehling (Stuttgart).

29. **J. F. Horre** (England). Mammacarcinom während der Schwangerschaft.

(Brit. med. Journ. 1878. November 2.)

Verf. berichtet einen Fall, wo bei einer Schwangeren 4 Wochen vor der Entbindung sich in der linken Brust dicht über der Warze eine taubeneigrosse Geschwulst fand, die zur Zeit der Entbindung schon die Grösse eines Apfels erreicht hatte.

Bei der 3 Wochen nach der Entbindung ausgeführten Operation war schon die Muskelschicht der Brust infiltrirt und Pat. ging 3 Monate darauf zu Grund, Aufforderung genug in einem ähnlichen Fall schon während der Schwangerschaft zu operiren. **Fehling** (Stuttgart).

30. **Anger.** Intrauterine Fractur.

(Soc. de Chir., Séance du 27. mars 1878. — Arch. de Tocol. 1878. Nov. p. 686.)

Bei einem Fötus von 8 Monaten fand A. eine nicht geheilte Fractur des Femur. Die Mutter hatte während der Schwangerschaft Zeichen der Syphilis. Aus dem Berichte geht nicht mit Bestimmtheit hervor, ob die Syphilis als Ursache der Knochenerkrankung angesehen werden dürfte. **Ahlfeld** (Leipzig).

31. **Baginsky** (Berlin). Casuistischer Beitrag zu den Erkrankungsformen der hereditären Lues.

(Central-Zeitung für Kinderheilkunde Jahrgang II. No. 6.)

9 wöchentliches kräftiges gut genährtes Kind. Der linke Arm erscheint vollständig gelähmt, bei Bewegungen ausserordentlich schmerzhaft. Das Sternalende der Clavicula aufgetrieben; kein Exanthem, keine Coryza.

Nach 12 Tagen, bei sichtlicher Abmagerung des Körpers und vermehrter Schmerzhaftigkeit des Armes, tritt ein Herpes Zoster an der vorderen Thoraxwand auf.

Nach 4 Tagen: Herpes abgetrocknet. Auf beiden Fusssohlen papulöser schmutzig rother Ausschlag, der linke Arm zeigt Humerus, Radius und Ulna in ihrer ganzen Continuität geschwollen; ebenso sämmtliche Metacarpalknochen. Calomel 0,015 pro dosi. In den nächsten Tagen treten überall Lymphdrüsenschwellungen und Coryza auf. Sublimatbäder 0,6 pro Bad.

Von da ab Reconvalescenz. Nach Verbrauch von 0,225 g. Calomel und 2 g Sublimat bis auf geringe Schwellung der Phalangen geheilt.

Die Mutter läugnet jede Infection.

Ein zweiter Fall bei einem 8 wöchentlichen Kinde, dessen Mutter eingestandener Maassen inficirt war, zeigte genau dieselben Symptome (natürlich ohne den zufälligen Herpes). Verf. verspricht sich auch hier namentlich von den Sublimatbädern vollständigen Erfolg. **Schellenberg** (Leipzig).

32. **Poincarré.** Extrauterinschwangerschaft.

(Revue médicale de l'Est. 1878. August. October.)

25jährige junge Frau. Regelmässige Menstruation. 1874 normale Geburt und Wochenbett. Ende 1876 schwerer Typhus. Juni 1877 neue Conception.

Während der ersten Hälfte der Schwangerschaft verliert sie fast fortwährend blutigen Schleim, und von Zeit zu Zeit gesellt sich dazu ein mässiger Blutverlust, welcher jedoch im 5. Monat ziemlich stark wird. Erste Kindesbewegungen Ende des 6. Monats. Geburt fängt Anfangs März 1878 an. Grosser Blutabgang. Erbrechen. Abdominaltumor sitzt links. Uterus von aussen bei jeder Wehe als deutlicher harter Körper durchzufühlen. Orif. intern. geöffnet. Kopf im Douglas'schen Raum. Kind stirbt ab. Expectation. Wohlbefinden. — Ende März starke, vorübergehende peritonitische Erscheinungen. Anfangs April bildet sich in der Nähe des Nabels eine fluctuirende geröthete Stelle, welche sich 6 Tage später spontan öffnet. Die Oeffnung wird vergrössert, Kindstheile mit Pincetten herausbefördert, und Fruchtsack mit Carbolwasser ausgespritzt. Das per rectum durch eine Wärterin eingespritzte Wasser fliesst plötzlich durch die Abdominalöffnung aus, und von diesem Moment an kommen fortwährend Kothmassen im Fruchtsack zum Vorschein. Um letzteres zu verhüten, wird mit Erfolg in das Rectum eine Kautschuckröhre eingeführt. Plötzlicher Tod. Section verweigert

E. Hüter (Strassburg i/E.).

33. **Ch. Féré** (Paris). Scheidewand der Beckenhöhle; doppelter Uterus und Vagina.

Mittheilung in der Société anatom. zu Paris.
(Progrés méd. 1878. No. 46.)

Genannte Anomalien beobachtete Verf. bei der Section eines 5jährigen Mädchens. Das Peritoneum bildet, nachdem es das Rectum an dessen Vorderseite überzogen, eine sagittale Scheidewand der hintern Beckenhöhle und steigt vom Promontorium nach dem Fundus uteri in schräger Linie herab; hier spaltet es sich in die beiden Blätter des Ligam. lat., so dass das Ganze an die Bildung der Falx cerebri und des Tentorium cerebelli erinnert. Dabei bestand vollkommene Duplicität von Uterus und Vagina, wobei die beiden Uteruskörper vom Cervix an aufwärts Y förmig divergiren. Vulva und Clitoris waren nur einfach vorhanden.

Engelhorn (Winnenthal).

34. **J. Pioger** (Paris). Abscess des linken Ligam. latum; doppelseitige Salpingitis; Tod durch Peritonitis.

Mittheilung in der Société anatom. zu Paris.
(Progrés méd. 1878. No. 48.)

Nach halbjähriger Krankheit, welche bei einer vorher gesunden 36jährigen Frau nach einem Fusstritt in die linke Reg. iliac. während der Menstruation entstanden war, stirbt Pat., deren Abscess des linken Lig. lat. mehrmals durch Aspiration und Incision entleert wurde, plötzlich an Peritonitis. Bei der Autopsie fand sich allgemeine eitrige Peritonitis. Die linke Tube, bedeutend dicker als die Norm, bildete einen festen, weisslichen Strang, welcher sich nach hinten in einen abgesackten Eiterherd öffnete; dieser stand mit einem ähnlichen Eiterherd im Ligam. lat. nahe dem Uterus in Communication. Vom linken Ovarium war nichts aufzufinden. Ebenso war der rechte Eileiter verdickt, sein Lumen erweitert, seine Innenfläche höckerig und endete wie der linke in einem abgesackten Eiterherd. Ueber den Eierstock dieser Seite findet sich keine Angabe. Der Uterus war normal und die übrigen Organe ohne erwähnenswerthe Anomalien.

Engelhorn (Winnenthal).

Berichtigung. In dem Aufsatz von Professor Dr. Litzmann in No. 1 muss es p. 1, Zeile 11 v. u. heissen: Allgemein (etc.) verengtes Becken mit einer Conj. vera von **9,0—9,3** cm.

Red.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S. (Alte Promenade), an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart (Alleenplatz 3), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Dritter Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 15 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

N°. 3. **Sonnabend, den 1. Februar.** **1879.**

I. Eine neue Methode der Reposition hartnäckiger Retroflexionen des Uterus.

Von

B. S. Schultze.

So befriedigend auch in einer sehr grossen Zahl alter Retroflexionen des Uterus die Resultate sind, die wir dadurch erzielen, dass wir, wenn nöthig in tiefer Cloroformnarkose, mit zwei Fingern vom Rectum aus den Uterus über das Becken heben und mit der anderen Hand von den Bauchdecken aus ihn am Fundus fassen und in seine normale Anteversions- und Anteflexionsstellung bringen; so gross auch die Zahl der Fälle, in denen es gelingt, den so reponirten Uterus durch meine achtförmigen oder schlittenförmigen Scheidenpessarien[1]) dauernd in seiner normalen Lage zu erhalten; so bleibt

[1]) Dem letzteren, welches in Volkmann's Sammlung klin. Vorträge No. 50, p. 426 und im Archiv für Gynäkologie Bd. IV. p. 389 in situ abgebildet ist, sieht auffallend ähnlich das in der Vierteljahrsschrift der ärztlichen Polytechnik No. 1. 1879, p. 42 abgebildete Pessar des Dr. Vulliet.

doch, auch abgesehen von der Complication breiter peritonaealer Verwachsung des Uterus, eine Anzahl von Fällen übrig, in denen die Reposition auf erheblichen Widerstand stösst, oder nach ausgeführter Reposition die normale Stellung nicht erhalten werden kann. Starrheit des Uterus selbst und parametrische und peritonaeale narbige Verkürzungen, Resultate abgelaufener Entzündungsprocesse, müssen als die Hauptursachen, welche dauernder Lageverbesserung widerstreben, angesehen werden.

Ich habe nicht selten die Beobachtung gemacht, dass ein Uterus, der hartnäckig in die alte Retroflexion zurückgefallen war, schliesslich dauernd in normaler Lage blieb, nachdem die letzte Reposition während der puerperalen Rückbildung nach einer rechtzeitigen, häufiger nach einer unzeitigen Geburt ausgeführt worden war. Nachdem im Pessar in normaler Lage die Rückbildung abgelaufen war, blieb der Uterus auch nach Entfernung des Pessars in normaler Lage. Die umfangreiche puerperale Erneuerung der Gewebe des Uterus und seiner Adnexa begünstigt offenbar die Beibehaltung derjenigen Gestalt und Lage, die wir dem Uterus während dieser Zeit geben.

Nun machte ich ferner die Beobachtung, die ich auch an dieser Stelle bereits mittheilte, dass der chronisch vergrösserte Uterus, nachdem wir ihn durch Laminaria stark dilatirt und mit Carbolsäurelösung oder verdünntem Liquor ferri sesquichlorati wiederholt ausgespült haben, ein Vorgang, der von deutlichen wehenartigen Schmerzen begleitet und gefolgt ist, von seiner pathologischen Vergrösserung entschieden verliert. Es mögen in kleinem Massstab den puerperalen Vorgängen ähnliche sein, welche zu dieser Reduction des Volumen führen.

Diese Erwägungen veranlassten mich, bei alten Retroflexionen den Uterus stark zu dilatiren, ihn unmittelbar darauf zu reponiren und durch Pessar in normaler Stellung zu fixiren. Ich führte die Reposition in Fällen, die mir als hartnäckig bekannt waren, in der Weise aus, dass ich Zeige- und Mittelfinger in die Vagina und den Mittelfinger in den Uterus bis an den Fundus führte und dann durch Beugung des Fingers den Uterus reponirte. Die von aussen den Uterus umtastende andere Hand erkennt dabei jede Unebenheit auf der Peritonaealfläche des Uterus, jede Adhäsion oder parametrische Narbe mit einer Genauigkeit, die jedesmal von Neuem überrascht, und die sicherer entscheiden lässt, ob ein der Reposition entgegenstehender Widerstand überwunden werden, eine sich darbietende Adhäsion getrennt werden darf, als wenn man per Rectum oder Vaginam einerseits und von den Bauchdecken aus andererseits tastet — der alten blinden Sondenreposition ganz zu geschweigen.

Ich kann die neue Methode zur Reposition alter Retroflexionen, sowie in zur Zeit noch irreponiblen Fällen zur Diagnose der Hindernisse, die der Reposition entgegenstehen, als vorzüglich empfehlen. Die Dilatation, nach der von mir in diesem Blatt 1878, No. 7 em-

pfohlenen Methode geübt, ist gefahrlos. Die Zahl der von mir und meinen Assistenten im abgelaufenen Jahre ausgeführten Laminaria-Applicationen beträgt zusammen nicht ganz 400, ohne dass in einem einzigen Fall Parametritis oder Temperatur über 38° oder sonst irgend eine anomale Reaction gefolgt wäre. Ob die Methode der Reposition den Vortheil grösserer Dauerhaftigkeit, den ich von ihr erwarte, hat, darüber jetzt zu urtheilen, sind die nach ihr behandelten Fälle noch zu neu. Einige im August v. J. auf die genannte Weise von mir aus alter Retroflexion reponirte Gebärmütter, die ich jetzt wieder sah, liegen im Pessar in correcter Anteflexion, haben an Volumen deutlich verloren, und die früher profusen Blutungen sind normal gewesen.

II. Ueber die Polypen der Tubenschleimhaut bei interstitieller Schwangerschaft.

Von

G. Leopold in Leipzig.

Der Aufsatz Ahlfeld's: »Ueber die Bedeutung der kleinen Schleimhautpolypen am Tubenostium in Bezug auf die Aetiologie der interstitiellen Schwangerschaften« (s. dieses Centralbl. 1879, No. 2) veranlasst mich, auch meinerseits die Frage nach der Bedeutung jener Schleimhautpolypen noch einmal aufzunehmen, umsomehr, weil Ahlfeld ausser den Fällen von Beck und Breslau auch meine beiden Fälle von Tubarschwangerschaft einer Kritik unterzogen hat.

Diese Kritik vermag jedoch nicht — um dies im Voraus zu bemerken — meine Ansicht betreffs meiner eigenen Fälle irgendwie zu ändern. Indem ich mir für die ausführlichere Beantwortung der Frage eine anderweite Mittheilung vorbehalte, vertheidige ich im Folgenden nur meine eigenen Beobachtungen mit den ihnen zu Grunde liegenden Präparaten, und halte diese Vertheidigung um deswillen geboten, als mich sonst der Vorwurf einer oberflächlichen Untersuchung und Deutung der Befunde treffen könnte.

Wenn ich zuerst mit dem Falle II beginne (Interstitielle Schwangerschaft, Arch. für Gynäkologie Bd. XIII. p. 355), so hält Ahlfeld ihn nicht für stichhaltig, da in ihm nicht bewiesen werden könne, dass das Ei durch Polypen aufgehalten worden sei. Der Beschreibung nach müsse man die Verhältnisse so auffassen, dass, vom Abdominalende ausgegangen, erst die Polypen und dann das Ei gelegen, das Ei also die Polypen bereits passirt habe.

Nun ist aber in meiner Arbeit (l. c. p. 362) deutlich zu lesen, »dass die kleinen Polypen das Uterinende der rechten Tube ausstopfen und bis *in* die Eihöhle deutlich zu verfolgen sind«. Sie treten also nicht blos *an* die Eihöhle heran, sondern setzen sich *in sie hinein fort*; ein Befund, wie er sich bei der ersten Untersuchung des Präparates klar darbot. Denn auf einer ungefähr 1 cm

langen Strecke vor der Eihöhle lagen mehrere dicht aneinander gepresste, langgestielte Schleimhautpolypen, deren Köpfe uterinwärts an Grösse zunehmen und ein Stück in das zunächst liegende Segment des Fruchtsackes sich fortsetzten und sich aus diesem herausheben liessen.

Hätten sich nun derartige Polypen nur vor dem Eisack oder nur bis zu diesem heran gefunden, so würde wohl Jeder zögern, zu behaupten, dass diese bis zum Fruchtsack gelegnen Polypen das Ei aufgehalten haben sollten; denn das Ei müsste vor ihnen liegen.

Hier verhält sich die Sache aber etwas anders. In Anbetracht dessen, dass die Schleimhautwucherungen bis in die Eihöhle zu verfolgen waren, und dass man andrerseits unwillkürlich frug, wie war das Endstück der Tube bis zum Uterinende beschaffen, bevor das Ei sich in ihm festnistete? War es verlöthet oder verlegt, oder setzten sich die kleinen Schleimhautpolypen in dieses Endstück fort? so stellte ich mir den Vorgang der Eiwanderung folgendermassen vor, demonstrirte ihn auch so bei der ersten Besprechung des Falles in der Sitzung der geburtshülflichen Gesellschaft und in der nachträglichen Unterredung mit Herrn Ahlfeld allein. Der obige Befund liess nämlich annehmen, dass vor der Schwangerschaft das Uterinende der Tube bis zur Einmündung in die Uterushöhle mit Polypen erfüllt war. Das befruchtete Ei gelangte nun allmälig an diese heran und wanderte eine kleine Strecke zwischen ihnen vorwärts. Je weiter vorwärts es aber drang und sich damit der engsten Stelle des Tubenlumen in der Uterinmündung näherte, um so mehr wurde es von den mit stärkeren Köpfen versehenen und das ausserordentlich feine Lumen prall ausfüllenden Polypen endlich aufgehalten. Wie ich damals mit einer Zeichnung an der Tafel demonstrirte, blieb das Ei demnach vor denjenigen Polypen stecken, welche das letzte Stückchen des Tubenganges erfüllten, und selbstverständlich hinter denen, welche es eben passirt hatte. Mit dem Beginn der Schwangerschaft aber und der Bildung und späteren Hämorrhagie des Fruchtsackes musste jenes Endstück der Tube verschwinden. Und so erscheint es verständlich, wenn jetzt die Polypen nur vor der Eihöhle und bis in sie herein zu beobachten sind.

Indem ich mir die feine Passage der Tube und deren dazukommende Ausstopfung einerseits und die im Verhältniss hierzu schon beträchtliche Grösse des befruchteten Eichens andrerseits wiederholt vorstellte, kam mir bei der ersten Betrachtung des Präparates der geschilderte Vorgang immer wieder als der einfachste und ungezwungenste vor.

Aber noch ein Moment, welches die Hauptstütze der Ahlfeld-schen Kritik bildet, bestärkt mich gerade in dieser Darlegung; es ist die Aetiologie jener Polypen. Ahlfeld glaubt, die Mehrzahl dieser Polypen als Decidualproducte ansehen zu dürfen und hält deshalb ihr Entstehen erst für eine Folge der Schwangerschaft. Und mit welchem Rechte? fragt man. Weil man auf den Deciduen vom

2. bis 4. Monate sehr häufig derartige Polypen finde. Sehr geeignet zu ihrer Entstehung sei die Partie der Decidua, welche sich um das Tubenostium bildet. Denn es entstehe eine stärkere Decidualwucherung um das Tubenostium herum, deren freier Saum wie alle hervorragenden Stellen der Decidua zur Bildung der kleinen Polypen besonders leicht den Ausgangspunkt bieten.

Nun handelt es sich aber in meinen beiden Fällen nirgends um Polypen, welche von der sich um das Tubenostium bildenden Decidua ausgehen; denn dann wären sie Polypen der Uterinschleimhaut. Vielmehr gehen die Polypen im II. wie im I. Falle von der Schleimhaut der **Tube** aus. Widerlegt sich schon mit dieser Thatsache die Kritik Ahlfeld's von selbst, so fragen wir ferner: Wollte man aber trotzdem die Behauptung noch aufstellen, dass diese Polypen der Tubenschleimhaut auch Producte der Schwangerschaft seien, was würde zu dieser Behauptung Berechtignng geben? Vorläufig noch nichts, und zwar, weil erstens die Schleimhäute des Uterus und der Tube von ganz wesentlich verschiedener Dicke und Structur sind, weil zweitens eine grosse Reihe von mikroskopischen Schnitten, welche ich durch die Tube der schwangern Seite bei einer Tubenschwangerschaft gelegt habe, mir keine Wucherung ihrer Schleimhaut ergeben hat und weil man drittens mit demselben Rechte, wie auf der Tubenschleimhaut, auch polypöse Wucherungen z. B. auf der Cervicalschleimhaut in den ersten Monaten der Schwangerschaft erwarten könnte.

Setzen wir aber wirklich einmal den Fall, dass jene Polypchen der Tubenschleimhaut Folgen der Schwangerschaft seien, so wäre erstens in hohem Grade auffällig, wenn ihr Vorkommen in den Tuben während der Gravidität nicht etwas Häufiges wäre; zweitens aber liesse sich andrerseits auch fragen, ob nicht in den wenigen Tagen vor dem Eintritt des befruchteten Eichens in den Uterus sich durch die raschen Wucherungsvorgänge der Schwangerschaft schon ein Polypchen gebildet haben könnte, das bei dem so engen Tubenlumen schon gross genug ist, das Ei aufzuhalten.

Und wenn endlich Ahlfeld die Arbeit Hennig's über die Krankheiten der Eileiter citirt, so sagt Dieser (l. c. p. 74) über die Polypen ausserhalb der Schwangerschaft: »Unter 200 Leichen traf ich nur zwei mit Eileiterpolypen. Sie werden, wie auch die Papillome, leicht übersehen, wenn man die geöffnete Schleimhaut nicht unter Wasser ausbreitet. Grössere Polypen, eine grosse Seltenheit, können sowohl in der Tubahöhle, als auch dem Uterus angehörig, und vor dem Uterinmunde des Eileiters lagernd, Tubenschwangerschaft begünstigen«. Die grosse Seltenheit der Eileiterpolypen würde demnach mit der grossen Seltenheit der Interstitialschwangerschaft sich meines Erachtens in völliger Uebereinstimmung befinden.

Nach Alledem erscheinen mir die Bemerkungen Ahlfeld's betreffs Fall II als kritisch ganz unzulänglich.

Was aber den Fall I betrifft (Archiv für Gynäkologie Bd. X.

p. 248, in welchem bei Tuboabdominalschwangerschaft in dem Uterinende jedes Eileiters 1 resp. 2 Schleimhautpolypen der Tube sich befanden), so ist es mir absolut unverständlich, wozu ein Kritiker einen Fall überhaupt erst citirt und dann betreffs des Abhängigkeitsverhältnisses von Polyp und Schwangerschaft als nach seiner Meinung unbeweisend verwirft, obschon der Autor selbst mit klaren Worten dies gethan und der Kritiker diesen Umstand aus dem wörtlichen Citat des Autors ersehen hat. Diese Kritik ist zum mindesten eine unnöthige.

Indem ich sonach, was Fall II anlangt, meine Mittheilungen über die interstitielle Schwangerschaft in ihrem vollen Umfange gegen die Bemerkungen Ahlfeld's aufrecht erhalte, bedaure ich nur, in jenem Aufsatze den Sachverhalt über die Polypen nicht so ausführlich dargestellt zu haben, wie ihn die erste Untersuchung mich gelehrt hat und wie ich ihn in jenen beiden Demonstrationen auseinandergesetzt habe.

---

1. **Winckel** (Dresden). Die Pathologie der weiblichen Sexualorgane in Lichtdruck-Abbildungen nach der Natur etc.

Leipzig, **S. Hirzel,** Lieferung 3 u. 4.

Der Winckel'sche Atlas ist bis zur 3. und 4. Liefer. gelangt. Auch diese Lieferungen fesseln unser Interesse aufs Höchste. Wir lasen neulich in einer Kritik, dass die Winckel'schen Bilder ohne Beschreibung nicht zu verstehen sind. Dagegen möchten wir nur Jeden an die grosse Schwierigkeit erinnern, die ein Lehrer beim Demonstriren von Präparaten hat. Von dem Augenblicke an, wo ein Präparat dem Spiritusglas entnommen wird bis zu dem, wo den Zuhörern das Präparat so deutlich gemacht ist, dass sie alles verstanden haben, muss manches Wort gesprochen werden, vergeht viel Zeit, jedenfalls mehr als nöthig ist, um sich auf einer Winckel'schen Tafel zu orientiren. Wir bewundern ganz im Gegentheil das grosse Geschick, mit welchem bei der hier nur von einer Seite möglichen Ansicht doch alles Wesentliche in das Bild aufgenommen ist. Wie oft dreht, wendet, zieht und verzieht man das Präparat und lässt es von allen Seiten anschauen: hier ist stets blos eine Seite gegeben, damit wuchsen die Schwierigkeiten enorm. Sicher ist das überhaupt Mögliche auf den Winckel'schen Tafeln geleistet. — Tafel 3 bringt zunächst die Beschreibung zu den Muskelneubildungen der Gebärmutter. Die Unmöglichkeit der Diagnose kleiner Fibrome und die trotzdem oft grossen Beschwerden werden zu Anfang geschildert. Nur die leicht zu entfernenden Polypen sind eigentlich »gutartige« Geschwülste. Bei der Diagnose ist die Consistenz der Wandung (bei kleineren) und die Auscultation (bei grösseren Geschwülsten) nöthig, die Harpunirung ist zwar ungefährlich, aber meist resultatlos. Die Untersuchung mit der ganzen Hand vom Mastdarm wird — wie von

allen neueren Autoritäten — vom Verf. für ziemlich werthlos erklärt. Verf. sah Complication von Myomen und Carcinosis peritonei. Spontane Rückbildung ist sehr selten. Bei der Therapie wird vom Verf., worauf bis jetzt gewiss stets zu wenig Gewicht gelegt ist, die Prophylaxe besprochen. Sehr beherzigenswerthe Vorschriften für den Praktiker! Ergotininjectionen hat Verf. unendlich viel gemacht und kaum in 1 % Härte oder kleine Hautabscesse gesehen. Die Dose war 0,05 auf einmal, die Formel Ergotin 2,5, Wasser 15,0, Ac. salicyl. 0,2. (Ref. hat ebenfalls niemals einen Abscess beobachtet, wenn die Spritze vor und nach jeder Injection in Wasser gereinigt und der Lösung 1 Tropfen Carbolsäure zugesetzt wurde. Die so häufig gehörten Klagen über Abscesse sind allein auf unreine Spritzen und verschimmelte Ergotinlösung zu schieben.) Die Erfolge des Verf. mit diesem Mittel sind im Ganzen gering. Injectionen direct in das Cervixgewebe werden nicht empfohlen. Heisse Einspritzungen — unser gynäkologisches Modemittel — hat Verf. ebenfalls mit viel Erfolg angewendet. Zum Schluss publicirt Verf. 3 Fälle von Laparotomie bei Fibromen, und reiht an die Schilderung der Operation wichtige Regeln und Winke für derartige Fälle.

Das nächste Capitel ist den parovarialen Cysten und dem des Lig. lat. gewidmet, namentlich was die letztere anbetrifft finden wir hier zum ersten Mal eine ausführliche, auf grossem statistischen Material beruhende Darstellung.

Die Schwierigkeit, ja oft Unmöglichkeit der Diagnose wird hervorgehoben. Sehr mit Recht wird der Punction mit Rücksicht auf die nach ihr öfter eintretende radicale Heilung das Wort geredet. Die Abbildungen, namentlich die sehr instructive auf Tafel X, 2, sind sehr leicht verständlich. Tafel XI dagegen muss man sich erst klar machen, doch ist auch diese Abbildung namentlich deshalb sehr werthvoll, weil sie ganz andere Vorstellung giebt, als sie die gebräuchlichen, absolut unnatürlichen schematischen Zeichnungen geben.

Weniger instructiv sind die Abbildungen der Retroflexionen, da hier nicht jedesmal das ganze Becken mit abgebildet werden konnte. Doch kann man z. B. in Fig. 1 und 6 deutlich die Beziehungen zu den Nachbarorganen studiren; ausserdem wird noch eine weitere Tafel erscheinen. Verf. liefert historische, anatomische und statistische Notizen, klinische und therapeutische fehlen noch. Die nächste Tafel ist eine Zierde des Atlas, es wird ein primärer Urethralkrebs abgebildet; diese ausserordentlich seltene Affection sah Verf. 2 Mal. Ein Fall wurde operirt. Auch die nächste Tafel ist schön, es werden 2 Fälle des so seltenen Ovarialfibrom abgebildet, ferner Adhäsionen, Carcinom und Haematom des Ovarium. Der Text bringt zunächst nur die Beschreibung der Tafeln. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

2. Schröder (Berlin). Bericht über weitere 50 Ovariotomien.
(Berliner med. Wochenschrift 1879. No. 1.)

Die Fälle sind ebenfalls wie die ersten 50 tabellarisch zusammengestellt; sie sind, mit einer Ausnahme, sämmtlich in der Entbindungsanstalt operirt mit Lister'schen Cautelen.

Genesen 43 = 86 %; gestorben 7 = 14 %. Also noch günstigere Resultate als die vorigen.

Die Todesfälle betreffen sämmtlich sehr schwierige und complicirte Operationen.

In einem Falle musste, um die Blutung aus den getrennten Adhäsionen zu stillen, die linke Arteria epigastrica unterbunden werden. Am 11. Tage wegen Kothbrechen Wiedereröffnung der Bauchhöhle: das Rectum war vor der rechten Articulatio sacro-iliaca durch einen hier adhärenten Stiel eingeklemmt; Tod.

Ein zweiter Fall mit ungünstigem Ausgang zeigte so ausgedehnte myxomatöse Degeneration des Peritoneums, dass an eine vollständige Entfernung nicht zu denken war.

Ein weiterer Todesfall ist vielleicht durch Herzparalyse zu erklären (Section ausser Herzverfettung negativ).

Eine sehr heruntergekommene Patientin, die an Sarkom operirt wurde, starb 2 Stunden nach der Operation am Shok.

Die 3 anderen Fälle starben unter septischen Erscheinungen.

Die 4 letzten waren durch sehr ausgedehnte und feste Verwachsungen complicirt.

Verf. bemerkt hierzu, dass selbst mit der peinlichsten Sorgfalt nicht immer möglich sei, alle Infectionskeime von der Bauchhöhle fern zu halten, und dass dieselben sich dann bei schon vorher herabgekommenen und durch schwere Eingriffe tief mitgenommenen Patientinnen besser weiter entwickeln können und die Einwirkung auf den Gesammtorganismus rascher und deletärer auftrete, während der gesunde Organismus sie überwindet.

Sind keine Infectionskeime in die Bauchhöhle gelangt, so pflegen auch die schlimmsten Fälle einen günstigen Ausgang zu nehmen. So sind dies wesentlich Fälle mit ausgedehnten Adhäsionen im kleinen Becken mit oder ohne subseröse Entwicklung des Tumors. Bei subseröser Entwicklung hat Verf. sein früheres Verfahren beibehalten.

Zwei Fälle waren mit Gravidität complicirt; sie verliefen für die Mutter günstig.

Verf. räth nach seinen Erfahrungen, meistens in den ersten Monaten der Schwangerschaft zu operiren. Die Mutter kann dabei nur gewinnen, da sie allen Gefahren entgehe, die aus der Complication eines grossen Ovarientumors mit Gravidität erwachsen. Das Kind kommt nicht schlechter weg, da doch leicht Unterbrechung der Schwangerschaft eintritt und es bei frühzeitiger Operation den Gefahren, die ihm bei der Geburt drohen, entgeht.

Interessant sind noch folgende Fälle:

In dem einen lag eine Complication einer mannskopfgrossen Cyste mit einem soliden Kreuzbeintumor und einer Thrombose der linken Arteria cruralis vor. Operation und Heilung normal.

Der 2. Fall betraf ein 27jähr. Mädchen, die seit einem Fall an heftigen nerösen Störungen litt; es waren choreaartige Bewegungen der oberen und unteren Extremitäten, sodass sie nicht im Stande war zu gehen, zu essen etc. Der Uterus war vollständig retroflectirt und das rechte Ovarium in einen enteneigrossen Tumor verwandelt. Bei richtiger Lagerung des Uterus hörten die Beschwerden auf, jedoch hatte diese Lagerung keinen Bestand. Ovariotomie, Heilung vollständig, um die Retroflexion dauernd zu beseitigen, wurde der Stiel in die Bauchwunde eingenäht.

Kleine Tumoren boten übrigens grössere Schwierigkeiten als mittlere; Verf. macht den Bauchschnitt immer so gross, dass er die ganze Hand einführen kann.

Bei ungewöhnlich grossen Tumoren hat man zu viel Bauchdecken und zu wenig Inhalt in der Bauchhöhle, was Eintritt und Zurückbleiben von Luft in derselben bedingt, die zur Infection führen kann. Verf. füllt deshalb, wenn die Därme nicht von selbst hineinsinken, die Höhlen des kleinen Beckens damit aus und deckt das Netz darüber.

In manchen Fällen ist dies wegen Verkürzung des Mesenteriums nicht möglich, dann muss man die schlaffen Bauchdecken tief in das kleine Becken herabdrängen, was Schichtung erschwert. In 2 Fällen wurden auch Stücken der Bauchdecken entfernt, ohne wesentlichen Vortheil. **Schellenberg** (Leipzig).

---

3. **Klebs** (Prag). Ueber Hydrops der Neugebornen. Ein Beitrag zur allgemeinen Pathologie der Wassersucht und Placentarcirculation.

(Vortrag im Verein Deutscher Aerzte in Prag.)

(Prager med. Wochenschrift 1878. No. 49.)

Die Bedeutung des allgemeinen Hydrops des Fötus für die Untersuchung der Frage nach der Entstehung der Hydropsien überhaupt ist dem Redner eine hohe. Entweder ist nur die Placenta, oder der Kindeskörper oder beide hydropisch. Der erstere Fall ist selten. Bis zu einem gewissen Grad aber rechnet er die Traubenmole als Hydrops der Zotten hierher, obwohl er allerdings nicht läugnen will, dass andere Fälle als Myxom zu den Neubildungen gehören. Ueber Hydrops der Eihäute und der mütterlichen Theile der Placenta ist zu wenig bekannt. Fälle von Hydropsie der Frucht sind selten. Ein Fall von allgemeinem Hydrops bei syphilitischer Verengerung der Hautarterien ist von Schütz beschrieben (Prag. med. Wochenschrift No. 45 und 46). Ferner bespricht K. den Fall von Jakesch von allgemeinem Hydrops der Frucht und der Placenta (Centralblatt für Gynäkolgie 1878 No. 26). Es handelt sich hier

um ein todtgebornes Kind aus der 32. Woche. Die äussere Haut ist durch Wasseransammlung überall prall gespannt, an einzelnen Stellen sind selbst Hervorragungen, an anderen Blutergüsse. Flüssiges Serum findet sich zwischen Schädeldecken und Galea, ferner in Bauchhöhle, Brusthöhle, Herzbeutel, Unterhautzellgewebe. Das Herz schlaff. Der Ductus Botalli noch weit offen wie Aorta und Arteria pulmonalis. Lungen wenig lufthaltig, Milz stark vergrössert, ebenso Leber, Harnblase fast leer. Die mikroskopische Forschung ergab zwischen den Harncanälchen und um die Müller'schen Kapseln der Nieren herum zahlreiche lymphoide Körperchen, ähnlich in der Milz, der Leber, dem Zwischengewebe der Lungenalveolen, dem Herzfleisch und der Haut. Es ist demnach eine Leucämie mit Sicherheit anzunehmen.

In der Placenta fanden sich die intervenösen Räume mit Serum gefüllt. Entgegen der Weber'schen Lehre von der Füllung der Placentarsinus mit Blut hat auch Verf. den Randsinus nicht mit Blut, sondern einer trüben Flüssigkeit erfüllt gefunden, die wahrscheinlich epithelialer Abstammung ist.

Fehling (Stuttgart).

---

4. **Bradley.** Post-partum-Haemorrhagie.

(Obstetr. Journal of Great Brit. and Irel. LXV. 1878. Aug. p. 287.)

Nachdem Verf. ein längeres, namentlich auf der englischen Literatur basirendes Exposé gegeben hat, berichtet er 3 Fälle, bei welchen er guten Erfolg von Compression der Aorta sah. Wenn Barnes sagt, der Tod ist abhängig von dem Verlust von 3 oder 4 Unzen Blut, so ist die Compression der Aorta die beste Methode, diese 3 oder 4 Unzen zu erhalten. Während und bei der Compression kann man ausserdem jedes andere Mittel anwenden, und das Allgemeinbefinden lässt sich am besten bei dieser in der Rückenlage auszuführenden Manipulation controliren. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

5. **A. Reeves Jackson** (Chicago). Gefässgeschwülste der weiblichen Urethra, nebst Beschreibung eines Speculum zu deren Entfernung.

(Verhandlungen der Amer. gynäk. Gesellschaft 1878.)

Verf. weist auf die Häufigkeit dieser kleinen gestielten oder auch ganz flachen, äusserst empfindlichen und leicht blutenden unter dem Namen Carunkel bekannten Gefässgeschwülstchen der weiblichen Harnröhre hin, und betont dass mancherlei Beschwerden beim Uriniren (Schmerzen, Drang, Brennen, häufige Neigung) von diesen meistens ungeahnten Gewächsen herrühren. Er lässt daher nie mehr als ein paar Tage vorübergehen, ohne eine wegen Urinbeschwerden erfolglos behandelte Pat. örtlich zu untersuchen. Die gänzliche Entfernung der Carunkel ist die einzige radicale Heilung, und Verf. zieht dazu

vor die Excision und sofortige Aetzung der Wundfläche, vorzugsweise mit rauchender Salpetersäure. Er hat zur Blosslegung der Carunkel ein Harnröhrenspeculum angegeben, ähnlich an Construction dem bekannten Fergusson'schen, mit geschlossener Spitze und länglichem Ausschnitte an einer Fläche, in welche die Carunkel hineinragt und dann leicht abgeschnitten und geätzt werden kann. Er lässt drei Grössen dieses Spiegels anfertigen, von denen die mittlere und meistens gebräuchliche 2½ Zoll lang und ½ Zoll dick ist. Die gleichzeitige rasche Erweiterung der Harnröhre bis zur Durchgängigkeit für den Zeigefinger ist bei bestehendem Tenesmus zu empfehlen.

P. F. Mundé (New-York).

---

6. **E. Welponer** (Wien). Klinischer Bericht der geburtshülflichen Klinik des Prof. Gustav Braun für das J. 1874.

(Wiener med. Presse 1878. No. 34—43.)

Es fanden 2426 Geburten statt. Das Verhältniss der Erst- zu den Mehrgebärenden war 100 : 109.

Unter diesen Geburtsfällen kamen vor: 28 = 1,1 % Fehlgeburten, 239 = 9,9 % Frühgeburten, darunter einmal bei multipler Sarkombildung der Brustdrüsen, der Leber, Nieren, des Magens und Netzes, des Cervix und beider Ovarien.

Zwillingsgeburten wurden 32 Mal beobachtet, darunter 18 Mal gleichgeschlechtig.

Regelwidriger Mechanismus bei Schädellagen 11 Mal, dabei 3 Mal Forceps.

Gesichtslagen: 14 Fälle = 0,5 %. 4 Mal operative Beendigung der Geburt. 2 Mal Zange am hochstehenden Gesichte und lebende Kinder, 1 Mal bei Beckenenge Wendung auf einen Fuss und 1 Mal Kraniotomie. Eine Wöchnerin starb.

Stirnlagen: 2 Mal. 1 Mal spontane Geburt einer lebenden Frucht, 1 Mal Kranioklasma bei äusserst protrahirtem Geburtsverlaufe und todter Frucht; im Wochenbett bildete sich eine grosse Vesico-Vaginalfistel.

Vorfall von Extremitäten: 10 Fälle, welche 4 Mal mit Nabelschnurvorfall combinirt waren, 6 Mal dabei enges Becken. 6 Kinder lebend geboren.

Beckenendlagen: 80 Fälle. Spontane Geburt 38 Mal, Expression 5 Mal, Extraction 37 Mal. Von den 80 in Beckenendlage geborenen Kindern wurden 18 todtgeboren (12 macerirt) und 25 starben innerhalb der 10 ersten Lebenstage, so dass kaum die Hälfte der Kinder lebend die Anstalt verliess.

Schieflage: 6 Fälle. Querlage: 32 Fälle, darunter 7 Mal bei Erstgebärenden. Als Ursache wurde in diesen Fällen notirt: 3 Mal Zwillinge, 2 Mal Frühgeburten, 1 Mal Frühgeburt bei Beckenenge, 1 Mal Uterus bicornis. 2 Mal Selbstwendung, 3 Mal Selbstentwicklung, 3 Mal Wendung nach Wigand, 20 Mal Wendung auf einen

Fuss, und 4 Mal Decapitation. 17 lebende Kinder, 4 Mütter starben im Puerperium.

Hydrops ascites und Hydrokephalus der Frucht wurde 1 Mal beobachtet und machte die Paracentese des Abdomens nothwendig. Die mit chronischer Morb. Brightii behaftete Mutter starb.

Vorfall der Nabelschnur: 20 Fälle, dabei 13 Mal Beckenenge. 10 Mal Wendung auf 1 Fuss, 4 lebende Kinder. 5 Mal Zange mit 4 lebenden Kindern. 3 Mal Reposition und 2 Mal glücklicher Erfolg. 1 Mal Extraction bei Beckenendlage und 1 Mal Kraniotomie.

Fehlerhafter Sitz der Placenta. 6 Fälle, 2 Mal tiefer Lateralsitz, 2 Mal partielle und 2 Mal totale Placenta praevia; nur in den 2 ersten Fällen wurden die Früchte lebend geboren (Blasenstich). Eine Wöchnerin starb.

Abnorme Adhärenz der Placenta: 17 Fälle, 12 Mal manuelle Lösung, 5 Mal energische Anwendung des Credé'schen Handgriffes. 2 Wöchnerinnen starben.

Beckenverengerungen: 154 Fälle: 6 % mit einem Verlust von 34 Kindern = 22 %. Spontane Geburt 78 Mal, Forceps 36 Mal (15 Mal am hohen Schädel und 13 lebende Kinder), Wendung 22 Mal (nur 6 lebende Kinder), Extraction bei Beckenendlage 7 Mal, Kraniotomie 7 Mal, Decapitation 2 Mal, künstliche Frühgeburt 2 Mal. 9 Todesfälle im Wochenbett.

Eklampsie: 5 Fälle bei 5 Erstgebärenden, 2 Mal post partum. In den 3 Fällen sub partu wurde die Zange angelegt und 2 lebende Kinder extrahirt. 1 Wöchnerin starb. Die Obduction liess keine Nierenaffection, wohl aber Gehirnödem nachweisen.

Dammrisse: 72 Fälle = 3 %, für Erstgebärende = 6 %, für Mehrgebärende 0,3 %.

Blutungen: 106 Fälle = 4,3 % bei 60 Erst- und 36 Mehrgebärenden, darunter 57 Mal bei Atonie des Uterus. 6 Mal wurden intrauterine Injectionen von verdünntem Eisenchlorid mit gutem Erfolge ausgeführt.

Carcinose des Uterus und der Vagina: 1 Fall. Wendung und Perforation des nachfolgenden Kopfes. Mutter starb ³/₄ Jahre nach der Entbindung.

Prolapsus uteri gravidi: 1 Fall bei einer IV gebärenden. Spontane Austreibung einer todten frühgeborenen Frucht.

Hymen imperforatus wurde 1 Mal beobachtet. Bei der Untersuchung drang der Finger leicht durch die weite Harnröhre. An dem vollständig erhaltenen, sehr dehnbaren Hymen fand man eine kleine Oeffnung, als die Durchbruchsstelle einer Haematometra und Haematokolpos, die sich beim Eintritt der ersten Menses entwickelt hatte.

Retroversio uteri gravidi: 1 Fall bei einer XIII para im vierten Monate der Schwangerschaft. Spontane Reduction durch Katheterisation und Seitenbauchlage.

Operationen: Forceps 118 Mal, darunter 15 Mal am hohen,

3 Mal am nachfolgenden Kopfe (letztere Operation gab nur ungünstige Resultate).

Expressio foetu: 5 Mal bei Steisslage mit Erfolg.

Wendung: 50 Fälle, 20 Mal bei Querlage, 3 Mal bei Schieflage mit Vorfällen, 14 Mal bei Beckenenge und Schädellagen, 2 Mal bei Vorfällen ohne Beckenenge, 1 Mal bei Carcinoma uteri, 2 Mal bei Schädellage und Lebensgefahr der Frucht, 4 Mal bei Placenta praevia, 1 Mal bei Beckenenge und Gesichtslage.

Manualhülfe und Extraction bei Beckenendlagen: 83 Mal. Reposition vorgefallener Theile 4 Mal. Catheterisatio uteri 6 Mal, 3 Mal behufs Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Craniotomie: 10 Fälle, 1 Mal bei Gesichtslage, 1 Mal bei Stirnlage und 2 Mal am nachfolgenden Kopfe. In 1 Falle musste nach vollführter Decapitation der in der Uterushöhle retinirte Schädel perforirt und mit dem Kranioklast extrahirt werden. 1 Wöchnerin starb. Decapitation mit dem Braun'schen Haken 4 Mal, 1 Operirte starb. Placentalösung 12 Mal.

Wochenbettsverhältnisse: Es erkrankten 417 Wöchnerinnen = 17,0 % Mortalität; von diesen starben 97 (3 nicht puerperale Fälle): Mortalitätsprocent = 3,8 %.

Zum Schlusse folgt eine interessante Tabelle über die Mortalität der Wöchnerinnen an den sämmtlichen geburtshülflichen Kliniken der Wiener Universität vom Jahre 1869 bis incl. 1875. Es resultirt daraus für einen Cyklus von 12 Jahren eine Gesammtmortalität von 2,03 %, bei einer Anzahl von 93,276 Geburten. **Bandl** (Wien).

---

7. **Bidder** (St. Petersburg). Zur Beurtheilung der Kristeller'schen Expressionsmethode bei Kopflagen.

(Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäkologie Bd. III. Hft. 2.)

Wie Verf. selbst sagt: hat er den dringenden Wunsch, der Expression eine möglichst grosse Ausdehnung zu geben. Daran, dass das 1867 angegebene Verfahren bis jetzt so verschieden beurtheilt wurde, trägt hauptsächlich Schuld, dass Kristeller für seine in mancher Beziehung irrationell und unklar formulirte Manipulation ein zu grosses Gebiet in Anspruch nahm. Sie soll eine Hülfskraft a tergo zu den Contractionen hinzufügen und hält es Verf. daher für zweckmässig, mit nur einer Hand auf den vorher in zweckmässige Lage gebrachten Steiss zu drücken. Doch muss der Kopf tief, das Hinterhaupt nach vorn stehen, denn folgt der Kopf dem zu energisch ausgeübten Drucke nicht, so kann der Placentarkreislauf gestört werden. Verf. citirt 2 Fälle von dadurch zu Grunde gegangenen Kindern. Unter Umständen wird passend noch Ritgen's Mastdarmgriff angeschlossen. Diese beiden combinirt sollen gefährliche Zangen ersetzen und den Kopf so rasch, wie sonst kaum mit der Zange möglich, durch das Becken befördern können.

Verf. hat unter zwölftausend Geburten 81 Mal erfolgreich exprimirt, 52 Mal bei Erst- und 29 Mal bei Mehrgebärenden. Das Durchschnittsgewicht der Kinder betrug 3356 g. Von den 13 davon gestorbenen Kindern sind nur die obigen 2 auf Rechnung der durch die Expression gesetzten Kreislaufstörung zu setzen. 34 Mütter blieben ganz gesund. Verf. theilt seine Beobachtungen in 3 Reihen: 68 Fälle Kopf in Beckenausgang, Wehenschwäche; 6 Fälle Kopf noch nicht auf Beckenboden, ebenfalls Wehenschwäche; 7 Fälle mit stricter Indication zur Beschleunigung der Geburt gleich nach dem Blasensprunge. Nennenswerthe Nachblutungen traten nur 8 Mal ein. Vergleichsweise giebt Verf. eine Zusammenstellung von 75 in derselben Anstalt ausgeführten »Ausgangszangen«, unter denen nur 13 ganz gesund blieben. Doch giebt er zu, dass bei einer, unter günstigeren hygieinischen Verhältnissen, als damals in der St. Petersburger Anstalt herrschten, gesammelten Zangenstatistik die Unterschiede zwischen Expression und Zange weniger in die Augen springen dürften.

Herdegen (Stuttgart).

---

8. **J. J. Bischoff** (Basel). Die sogenannte Endometritis fungosa.

(Aus einem Vortrag, gehalten in der Sitzung der med. Gesellsch. von Basel am 1. Nov. 1877. — Correspondenzbl. für schweizer. Aerzte 1878. No. 16 u. 17.)

Nach einer historischen Einleitung über die Anatomie der Innenfläche des Uterus sowie über den in Rede stehenden Krankheitsprocess, unterscheidet Verf. 4 anatomisch trennbare Formen, die sowohl Uebergänge zu einander bilden als Combinationen mit einander zulassen können. Die wichtigsten Symptome der Krankheit, die Blutungen und die mit der Zeit daraus erfolgende Anämie kommen allen Formen zu. Ebenso findet man ausser einer ampullenförmigen Erweiterung des Cervicalcanals und engem Os internum immer eine Erweiterung der Uterushöhle und mit der Sonde das Gefühl, als ob man in weiches Moos eindringe. Eine Reihe anderer Symptome dagegen wechselt je nach der anatomischen Grundlage, doch ist die differentielle Diagnose nur durch das Mikroskop zu stellen.

Bei der ersten Form bestehen die Fungositäten aus ödematösem Normalgewebe und eigentlichem gefässreichem Granulationsgewebe. Sie begleiten als Folgezustände die chronisch katarrhalische Endometritis und Metritis, sowie die submucösen Myome. Meist ist dabei Fluor und Schmerz vorhanden. Die Diagnose ist nur durch das Proberaclement zu stellen, die Prognose schliesst sich dem Grundleiden an. Die Behandlung der 5 hierher gehörenden Fälle (sämmtlich Mehrgebärende, nahe an den vierziger Jahren) bestand im Raclement und Aetzung der Höhle. Der Erfolg war immer nur vorübergehend; bei einer Patientin wurde das Raclement 5 Mal wiederholt. Nur in 1 Falle von Myom (der auch in operativer Hinsicht sehr bemerkenswerth ist) dauerte die Heilung $1/_2$ Jahr lang an. Ausser zum symptomatischen Raclement und zur Behandlung der

Grundkrankheit räth Verf. zu den gebräuchlichen blutstillenden Mitteln, hofft aber am meisten von der Climax.

Die zweite Form, vom Verf. als deciduale bezeichnet, schliesst sich ausnahmslos Aborten an. Durch das Raclement, das hier meist zur Heilung führt, entfernt man grössere Stücke, eigentliche Placentarpolypen, die ihren Sitz auf der verdickten Serotina haben, ausserdem aber viele kleinere Knötchen, die deciduale Elemente enthalten und der Reizung der weiteren Umgebung durch die grösseren ihre Entstehung verdanken. Die Diagnose ist mit Wahrscheinlichkeit aus der Anamnese zu stellen. In allen 4 beschriebenen Fällen war Abortus vorausgegangen, in allen hörten die Blutungen nach dem Raclement auf; eine Patientin abortirte und blutete wieder und blieb nach dem zweiten Raclement gesund; eine andere kam nach dem Raclement zu rechter Zeit nieder, obschon sie während der Schwangerschaft anstrengende Reisen unternommen hatte.

Die dritte Form beruht auf diffusem Adenom. Die vier beobachteten Erkrankungen dieser Art betrafen Multiparen von 32 bis 34 Jahren. Man findet meist im Fundus oder in einem Horne, seltener weiter unten, Hunderte von hanfkorn- bis bohnengrossen, weichen Knötchen, deren Bildung auf einer Hyperplasie der drüsigen Elemente beruht. Das interglanduläre Gewebe tritt zurück, wird comprimirt; die Spindelzellen dicht um die Drüsen ordnen sich, dem Drucke derselben folgend, in parallelen Zügen an und bilden eine streifige Schicht. Cystenbildung ist häufig; ist der Inhalt der Drüsenräume geringer, so legen sich die epithelialen Wandungen eng an einander und geben ein dem Carcinom ähnliches Bild. Die reichliche Versorgung des interglandulären Gewebes an Gefässen erklärt die starken Blutungen, die meist durch die menstruale Congestion angeregt werden. Das Raclement (in 3 Fällen als therapeutischer, in 1 Falle als diagnostischer Eingriff angewandt) schneidet wenigstens auf Monate hinaus die bedrohlichsten Symptome ab, verhindert Recidive nicht immer, kann aber in Verbindung mit Aetzungen wohl auch zur Radicalheilung führen.

Bei der vierten Form handelt es sich um diffuses Sarkom. Verf. berichtet über 3 Patientinnen im Alter von 40, 15 und 14 Jahren. Bei der 15jährigen Kranken waren die Menses seit dem ersten Eintritte mit $12^1/_2$ Jahren immer profus, bei der 14jährigen angeblich erst seit einer Anstrengung beim Turnen. Die Blutungen waren ausserordentlich stark. Die gelöffelten Massen zeigen keine Zunahme und keine Dilatation der Drüsen, wohl aber eine massenhafte interglanduläre Anhäufung von zum Theil ziemlich langen Spindelzellen mit einem grossen, runden, den Zellenleib ausfüllenden Kern. Das Raclement war von eclatantem Effect, doch kamen mehrere Recidive. Nach der Löffelung wurde zuweilen Ergotin gegeben und öfters Lapis mitigatus (1 : 1) eingelegt.

Zum Raclement bedient sich Verf. Sims'scher Curetten von 4, 7 oder 11 cm Breite, meist ohne vorherige Dilatation des Cervi-

calcanals. Der eigentlichen Auskratzung wird oft ein Proberaclement vorausgeschickt. Da die Operation schmerzhaft ist, wird meist chloroformirt. Das Instrument bleibt in dem von aussen fixirten Uterus, bis möglichst Alles weggekratzt ist, besonders auch aus den Hörnern, dem Lieblingssitze der Fungositäten. Das Gefühl von Knirschen zeigt, dass alle Wucherungen entfernt sind, die normale Schleimhaut wird von der Curette nicht angegriffen. Recidive, besonders von Adenom und Sarkom, werden am leichtesten mittelst Einlegen von 0,1—0,3 g Lapis mitigatus vermieden. Anfänglich wird alle 5 bis 6 Tage, später alle 2—3 Wochen Lapis eingelegt. — So roh der Eingriff des Raclement scheint, so ist er doch ohne jeden Nachtheil, die Temperatur blieb in den beschriebenen Fällen immer unter 38,0° C. Nur selten kommt nach der Operation etwas Schmerz, gewöhnlich fehlt derselbe. Für die Blutung ist das vollständige Raclement das beste Stillungsmittel. Eine Perforation des Uterus mit der Curette hat Verf. nie beobachtet. **Oeri** (Basel).

---

9. **M. Müschkin.** Endometritis decidualis. Pathologisch-anatomische Bilder.

Inaug.-Diss. St. Petersburg 1878. 8. 49 Seiten (russisch).

Auf Grundlage sorgfältig zusammengetragener fremder und 6 eigner Fälle unterscheidet M. folgende Formen obengenannter Krankheit:

1. Endometritis decidualis interstitialis Diese Form ist eine acuta oder chronica, und stellt sich dar als Gefässhyperämie mit nachfolgender Bildung von Extravasaten (haemorrhagica) oder Exsudaten (exsudativa) oder von Granulationsgewebe (granulosa), welches zuweilen einer regressiven Metamorphose verfällt, oder sich »differenzirt« in Schleimgewebe (myxomatodes) oder auch in mehr oder weniger altes Bindegewebe (fibrosa) mit Bildung derber, faseriger Extracellularsubstanz, oder Bilder directer degenerativer Veränderungen giebt, besonders in Form von Fettmetamorphose (regressiva).

2. Endometritis decidualis parenchymatosa. Sie giebt das Bild degenerativer Veränderungen der epithelialen Elemente der Oberfläche und der Drüsen, zuweilen mit secundärer Cystenbildung; und —

3. Endometritis decidualis mixta, bei welcher interstitielle und parenchymatöse Processe gleichzeitig und selbständig von einander ablaufen. —

M. hebt weiterhin hervor die vollständige Uebereinstimmung dieser Krankheiten der Decidua mit den Veränderungen der Schleimhaut des nicht schwangeren Uterus im Gefolge derselben Ursachen (Cholera, Typhus, Syphilis, chronische Endometritis), und bespricht schliesslich kurz ihren Einfluss auf Schwangerschaft und Geburt. — Die Arbeit ist unter Leitung von Prof. Slawjänsky geschrieben.

E. Bidder (St. Petersburg).

---

10. **Fasbender** (Berlin). Mutter- und Kindeskörper. Das Becken des lebenden Neugeborenen. Aus der Gebärabtheilung des Charité-Krankenhauses.

(Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäkologie Bd. III. Hft. 2.)

Das Material zu der vorliegenden Arbeit umfasst 630 Fälle. Bei jeder Mutter sind Alter, Zahl der Geburten, Körperlänge, Kopf- und Beckenmaasse, bei den Kindern Kopf-, Becken-, theilweise Thoraxmaasse und Gewicht notirt. Nur reife Kinder, in normalen Becken in Schädellagen geboren, sind verwendet.

Verf. vergleicht zunächst seine Durchschnittszahlen, die er für Gewichte und Maasse sämmtlicher Kinder erhielt, mit denen anderer Forscher. Er berechnet für ein Neugeborenes 3298 g, 50,15 cm; für einen Knaben 3347 g, 50,40 cm; für ein Mädchen 3250 g, 49,91 cm. In weiteren Tabellen giebt er verschiedene für die Körperentwicklung der Kinder bedeutungsvolle Momente: Die Maasse gleich schwerer Knaben und Mädchen, sowie gleich schwerer Erst- und Mehrgeburten. Weiter stellt er tabellarisch den Einfluss der wiederholten Schwangerschaft sowie des Alters der Mutter auf die Entwicklung der Kinder dar. Die Tabellen lassen sich nicht gut im Referate geben.

Frauen mit grösserer Körperlänge haben mit Ausnahme der über das vierte Mal Gebärenden schwerere und längere Kinder. Gebärende vom 25.—34. Jahre zeigen die grösste Fruchtentwicklung.

Verf. hofft, dass weitere Untersuchungen für den Einfluss der mütterlichen Körperlänge auf die Entwicklung der Neugeborenen eine Gesetzmässigkeit nachweisen dürften.

Den Kindskopf nennt er in verkleinertem Massstabe einen Abdruck des Mutterkopfes.

Den Vergleich zwischen Mutter- und Kindskörper auch auf das Becken auszudehnen hält F. für unthunlich, da bei diesem spätere Veränderungen zu sehr in den Vordergrund treten. Doch vergleicht er einige Maasse, an den Becken neugeborener Mädchen gewonnen, mit den von Michaelis am normalen Becken des lebenden Weibes gefundenen Werthen.

Gegenüber den früheren Forschern auf diesem Gebiete: Litzmann und Fehling, macht Verf. die grössere Zahl seiner Messungen an den Becken lebender Neugeborener geltend.

Die Resultate der zahlreichen umfangreichen Tabellen anlangend, sei auf die mühevolle Originalarbeit verwiesen.

Herdegen (Stuttgart).

---

11. **Hofmeier** (Berlin). Die Bedeutung der Nephritis in der Schwangerschaft.

(Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäkologie Bd. III. Hft. 2.)

Die Gefährlichkeit der Nephritis als Begleiterin der Schwangerschaft sowohl wegen ihrer drohenden Complication mit Eklampsie als für sich allein ist namentlich in letzterem Punkte bis jetzt wenig her-

vorgehoben worden. Auch über die Häufigkeit dieser Erkrankung bei Schwangeren mit oder ohne Zutritt von Eklampsie gehen die Angaben auseinander. Nach Rosenstein ist das Verhältniss von Eklampsie zum Auftreten von Eiweiss im Urin wie 1:4. Nach Bartels erkrankt von 136 Schwangeren 1 an Nephritis. Verf. nahm sich nun die Mühe die Journale der Schröder'schen Klinik aus den letzten 10 Jahren darauf durchzusehen. Auf 5000 Geburten sind 137 Fälle von Nephritis in der Schwangerschaft verzeichnet, davon 104 mit Eklampsie, was ein Verhältniss von Nephritis zur Gesammtzahl der Schwangeren von 2,74:100 ergiebt. Aus den 137 Fällen berechnet Verf. für die Eklamptischen eine Mortalität von 39,4%, für deren Kinder von 37,4%. Von den nur an Nephritis erkrankten Schwangeren erlag dieser Krankheit 1 Drittel, von den Kindern starben 57,1%.

Für die Aetiologie der Krankheit bringt Verf. keine neuen Gesichtspunkte bei. Die Krankheitsbilder, die die Nephritis während der Schwangerschaft bietet, theilt er in zwei Gruppen.

Gruppe 1 verläuft als acute parenchymatöse, nur erschwerte Nephritis. Die Prognose ist, von der eventuellen Complication mit Eklampsie — unter den 104 Fällen letzterer Erkrankung traten bei 89 Nierenerscheinungen ganz plötzlich auf — günstig, meist tritt vollkommene Heilung ein. Die bisher befolgte Therapie räth Verf. beizubehalten.

Gruppe 2 verläuft mehr chronisch, von Verf. als »acute chronische« Nephritis bezeichnet. Unter den 137 Schwangeren erkrankten so 46, 31 nur an Nephritis, 15 dabei auch an Eklampsie. Die Prognose ist dabei weniger günstig, da leicht Uebergang in wirkliche chronische Nephritis eintritt. Als Therapie empfiehlt Verf., was auch in einem vollen $^2/_3$ der hier mitgetheilten Fälle von der Natur geschah, die rechtzeitige künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft.

Für die Bestimmung dieses wichtigen Momentes, die zahlreichen Krankengeschichten und tabellarischen Zusammenstellungen sei auf die Originalarbeit verwiesen. **Herdegen** (Stuttgart).

---

12. **Rondeau.** Aménorrhée par imperforation de l'hymen.

(Gaz. des hôpitaux 1878.)

18jähriges Mädchen, welches durch die untersuchende »Matrone« als Kreissende betrachtet wird. Fieber und Prostation. Punction des Tumors mittelst eines Troikarts. $3^1/_2$ Liter Blut. Der Hymen fällt zusammen, und wird nur mit Mühe weiter gespalten. Pressschwammeinführung. Fieber während 14 Tagen. In ähnlichen Fällen wird Verf. zuerst eine Fadenschlinge durch die Membran ziehen.

E. Hüter (Strassburg i/E.).

Casuistik.

13. Aus der obstetrical Society of London.

Tarnier's Zange. — Fall von Ovarientumor mit Fibroma uteri und Peritonitis complicirt. — Pessar bei Prolaps. — Ovum-Forceps. — Kühlbett. — Ovariencyste als Geburtshinderniss. — Zangenverletzung oder congenitaler Tumor? — Geburtscomplication mit Carcinoma uteri, Therapie. — Fall von Absentia uteri. — Tod durch Platzen einer Tube. — Acidum nitricum. — Vaginalruptur bei der Geburt. — Anteflexio congenitalis.

(Obstetr. Journ. of gr. Brit. a. Irel. Bd. LXV. 1878. p. 314. August. Bd. LXVIII. 1878. p. 486. November. Bd. LXIX. 1878. p. 570. December.)

Die letzte Modification von Tarnier's neuer Zange wird vorgelegt. Die Meinungen über das Instrument sind getheilt. Wiltshire extrahirte einen Kopf, an welchem zwei andere Aerzte erfolglos mit der langen Zange gezogen hatten. — Edis demonstrirt ein Präparat von 2 Ovariencysten, mit Uterusfibrom, eine Menge ascitisch peritonitisches Exsudat erschwerte die Diagnose, eine Punction schaffte Erleichterung, aber 19 Tage danach starb Pat. plötzlich. Da in diesem Falle 7 Jahr vor dem Tod die Fibrome diagnosticirt waren, so dachte man an fibrocystische Tumoren complicirt mit Peritonitis. Die Section ergab viele Adhäsionen, eine Ovariencyste im Abdomen, die andere im Douglas. — Galabin zeigt ein Pessar, welches in solchen Fällen von Uterusprolaps gebraucht werden soll, in denen das Perineum zerstört ist. Das Pessar V förmig gebogen, hat einen hohen Bügel, welcher die vordere Vaginalwand hochhält und an die Symphyse drückt. — Heywood Smith legt ein »Ovum forceps« vor, eine Zange, mit welcher auch kleine Massen leicht aus dem Uterus entfernt werden können, ferner zeigt er eine Zange zur Einführung von Laminaria. — Playfair zeigt ein von G. Thomas (New-York) construirtes Kühlbett, anzuwenden bei hohem Fieber im Wochenbett. P. gebraucht zu diesem Zweck ein gewöhnliches Wasserbett, in welches mit einer Gartenspritze Eiswasser in Intervallen eingepumpt wird. — Brewer berichtet folgenden Fall: Pat., 35 Jahr, erste Geburt, Craniotomie. Bei der zweiten Geburt wird eine zwischen Rectum und Vagina vor dem Kopfe als Geburtshinderniss befindliche Ovarialcyste richtig diagnosticirt. Die Cyste platzt, die Flüssigkeit fliesst aus der Scheide ab, die Geburt erfolgt und man findet in der hinteren Vaginalwand ein Loch, durch das 2 Finger passiren können. Bis zum 8 Wochenbettstage alles normal, dann fötider Ausfluss, Reconvalescenz nach Carbolirrigation, die verjauchte Cyste wird durch die Vagina ausgestossen. Heilung. — Herman zeigt ein Kind (Alter wird nicht erwähnt), das hinter dem Tuber frontale eine pulsirende Anschwellung hat, die Mutter sagt aus, hier habe eine Zangenverletzung existirt, aus der ein Stück Knochen herausgekommen sei. Der Fall ist nicht klar, da Edis ein knöchernes Stratum zwischen Gehirn und Geschwulst annimmt, Hayes ebenfalls die Pulsation nicht für fortgesetzte Gehirnpulsationen hält. Vielleicht ist es ein durch die Zange verletzter congenitaler Tumor. — Hierauf theilt Herman 2 Fälle mit von Krebs bei der Geburt. Im ersten wurde eine Frau mit Rectumcarcinom durch Cephalotripsie entbunden. Tod an Peritonitis. Im 2. Cervixcarcinom, künstlicher Abort Ende des fünften Monats. Pat. lebt noch 7 Monate. Im Anschluss theilt H. die Regeln mit, die er für die Behandlung geben will, diese Regeln basiren auf einer Statistik von 180 Fällen. Ist es möglich, so soll das Carcinom sowohl während der Schwangerschaft als während der Geburt entfernt werden. Ist das unthunlich, so soll die Schwangerschaft so zeitig wie möglich unterbrochen werden. Erweiterung während der Geburt soll durch viele kleine Incisionen erzielt werden. Die Zange ist besser als die Wendung. Schaffen die Incisionen keinen Platz, ist der Tumor zu hart und gross, so soll der Kaiserschnitt gemacht werden. West erwähnt in der Discussion einen Fall, um zu beweisen dass es, wegen des schnellen Wachsthums in der Schwangerschaft, gut ist, bald zu operiren. Duncan kritisirt H.'s Regeln, namentlich die, dass die Zange der Wendung vorzuziehen sei. Beide Operationen haben durchaus verschiedene Indicationen. Gervis lobt die Application von Liquor ferri sesqu. Dieses Mittel stillt die Blutung und beugt der Gefahr der Infection vor. G. hat

eine Sectio caesarea bei Carcinom gemacht. Tod nach 3 Tagen. Heywood Smith erzählt einen Fall, bei dem der carcinomatöse Cervix vom Kindskopfe abgedrückt und vor ihm geboren wurde, Heilung. G. hofft, dass bei der antiseptischen Methode in der Zukunft der Kaiserschnitt eine bessere Prognose geben würde. Braxton Hicks macht keine Incision, er wendete seine Dilatatoren an, von welchen er sich die besten Erfolge verspricht, er zieht sie den Incisionen, der Zange und der Wendung vor. Ein Fall von spontaner Erweiterung bei einem Carcinom, welches blos ein Viertel der Cervix frei liess und ein unglücklicher Fall von Kaiserschnitt wird von B. erwähnt. Godson betont das schnelle Wachsthum in dem Wochenbett, er hat 2 unglückliche Fälle von Craniotomie erlebt. In beiden waren die Kinder vollkommen gesund, ein Umstand, der den Redner späterhin den Kaiserschnitt indicirt erscheinen lässt. Edis führt aus, dass trotz der grössten Cachexie der Mutter das Kind vollkommen kräftig sein kann. Er entband eine Frau mit der Zange, das Kind war normal, die Mutter starb an Pyämie. Brooks meint die Therapie habe sich danach zu richten ob der Krebs hart oder weich sei. Galabin berichtet einen Fall, der für den Werth der Dilatatoren spricht. Der ganze Umfang der Cervix war indurirt, nach dem Wasserabfluss keine Spur von Dilatation. Durch Dilatatoren wurde die Erweiterung so weit fertig gebracht, dass durch die Wendung ein lebendes Kind geboren wurde. Normales Wochenbett. Nach seinen Erfahrungen hält G. die Incisionen für sehr gefährlich. — Von Mowat wird ein Fall von Abwesenheit des Uterus berichtet. Einmal war eine gefärbte Flüssigkeit aus der Vagina abgegangen, Menstruation fehlte völlig. Vagina endete blind, ein Uterus beim Einführen von 2 Fingern in das Rectum und der Sonde in die Blase war nicht zu entdecken. Routh hält den Fall wegen des einmaligen Abgangs von dunkler Flüssigkeit für zweifelhaft, und will die Diagnose nur dann fixiren, wenn mit der ganzen Hand vom Rectum aus untersucht ist. Edis hält es für genügend in der von Mowat geschilderten Weise zu exploriren, dieser Ansicht schliesst sich Williams an. — Aust Laurence zeigt einen Uterus mit Appendices. Pat. litt an Endometritis nach vorheriger Dilatation wurde Acid. nitr. applicirt. 4 Tage ging alles gut, dann trat Peritonitis ein, Tod nach 3 Tagen. Man fand eine dilatirte geplatzte Tube. L. glaubt, dass die Salpetersäure nicht Schuld hat, sondern dass durch die eintretende Menstruation eine Hyperdilatation der Tube entstand, dass die Tube dadurch platzte, was Peritonitis zur Folge hatte. Barnes sah einen plötzlichen Todesfall, wo man ebenfalls eine dilatirte Tube fand. Braxton Hicks will allerdings auch die Salpetersäure nicht beschuldigen, glaubt aber, dass die Manipulationen bei der Dilatation der Cervix Schuld haben mögen. Playfair wendet ebenfalls Acid nitr. ohne jeden Nachtheil an, ebenso Edis, der über 100 Fälle so behandelte; dem schliesst sich auch West an. — Galabin berichtet 2 Fälle von Vaginalruptur. Die erste Frau war enorm fett, hatte 7 Kinder ohne Kunsthülfe geboren, das letzte Mal Zange. Becken sehr weit. Pat. geht auf den Nachtstuhl, unmittelbar danach kam der Kopf herab und wurde geboren. Jetzt cessirten die Wehen, Kind lebend extrahirt. Placenta folgt nicht, Funis abgerissen. Trotz Eingehen mit dem Arm bis zum Ellbogen Plac. nicht zu entdecken, der Dickdarm hängt bis in die Vulva herab. Gastrotomie, die Placenta lag vor dem Uterus auf der Blase, viel Blut im Cavum abdom. Peritonitis, Tod 42 Stunden post partum. Der Uterus war ringförmig von der Vagina abgerissen, mehr als die Hälfte der Vagina war abgetrennt. Im 2. Fall war wegen einer grossen Blutung Placenta praev. diagnosticirt. G. fand den Uterus von der Vagina hinten abgerissen, das Kind im Abdomen. Laparotomie wird verweigert, deshalb Extraction versucht, sie gelang, Porforation des nachfolgenden Kopfes. Tod unmittelbar nach der Entwickelung des Kindes. In beiden Fällen wird übermässige Wehenthätigkeit als Grund der Ruptur angeschuldigt. In der Discussion ist besonders wichtig der Rath von Cleveland nicht den Funis abzureissen; hätte man Vorsicht geübt, so wäre der Funis der Weg zur Placenta gewesen, und die Gastrotomie hätte vermieden werden können. Noch mehrere Fälle, ohne besonderes Interesse, werden erwähnt. — Roper lenkt die Aufmerksamkeit auf die Anteflexio uteri. Hier giebt es Fälle, die congenital sind, die Va-

gina ist conisch und kurz, das Perineum schmal, die Schamhaare sollen anders angeordnet sein, der Muttermund ist eng, es besteht Dysmenorrhoe, kein Geschlechtstrieb, Sterilität, Schmerzen beim Coitus, oft Vaginismus. R. hatte in diesem Falle die besten Erfolge von allmäliger Dilatation durch Sonden. Die Difformität des Uterus nennt R. »antecurvature«. Gervis spricht sich gegen die Einführung eines neuen Namens aus, und betont, dass auch der Cervix conisch sei und der äussere Muttermund stecknadelknopfgross. Hewitt meint Roper habe zu schroff die congenitalen Anteflexionen von den acquirirten getrennt, man kann nicht immer im concreten Fall die Differentialdiagnose stellen. Auch H. ist gegen die bilaterale Discission und zieht Laminaria, Dilatatoren und Vaginalpessarien vor. Braxton Hicks wünscht die Aufmerksamkeit zu lenken auf Fälle, die er »amoeboiden Uterus« nennt. Ein Arzt findet Ante- ein anderer Retro-Flexion. Aveling spricht sich für Discission der Cervix aus.

Fritsch (Halle a/S.).

14. **J. M. de Rossett** (Greenup, Kentucky). — Fall von Graviditas intrauterina complicirt mit Graviditas extrauterina; Genesung.

(Amerik. Practitioner 1878. April.)

Pat., 27 Jahre, Primipara, letzte Menstruation im Nov. 1875, wurde vom Verf. 26. März 1876 zuerst gesehen. Heftige Schmerzen in der rechten Regio iliaca während des verflossenen Monats. Palpation erwies eine Geschwulst in dieser Gegend von der Grösse eines kleinen Kindskopfes, fest und derb, und etwas über die Mittellinie reichend. Cervix weich, Os ext. klaffend, mässige rechte Lateroflexion, Uterus etwas vergrössert und dem Tumor adhärent. Sonde wurde nicht eingeführt. Brüste vergrössert mit gewöhnlichen Schwangerschaftszeichen am Warzenhofe, u. s. w. Zwei Tage später geringer, blutiger Ausfluss, der nur 1 Tag anhielt. Opiate für den Schmerz, der nach 8 Tagen verschwand. Der Tumor wuchs noch etwa 1 Monat, und blieb dann stationär in der Grösse eines grossen Kindskopfes. Die Diagnose schwankte zwischen Ovarialtumor und Grav. extraut., mit Vorzug für letztere. Der Uterus fuhr fort sich zu vergrössern, bis Ende April Kindesbewegungen in demselben wahrnehmbar waren, und eine intrauterine Schwangerschaft sicher constatirt werden konnte. Der Tumor wurde nun für eine Ovariengeschwulst gehalten. August 5 Entbindung in Steisslage. Bei jeder Wehe zeigte sich eine tiefe Furche zwischen Uterus und Geschwulst, welche Furche beim Nachlass der Wehe verschwand. Kind wog 7 Pfund und wurde wegen schwieriger Kopfentwickelung todt geboren. Eine ziemlich grosse Blutung benöthigte die manuelle Entfernung der Placenta, welche an der rechten Seite und am Fundus, also der Geschwulst gegenüber befestigt war. Zwei Wochen später traten die Symptome der Septikämie ein, welche nach weiteren 7 Wochen den stündlichen Tod der Pat. erwarten liess. Ein äusserst übler Geruch ging von ihr aus. Der Tumor verharrte in Statu quo. Endlich am 15. October fand man etwas aus der Vulva hervorragend, welches von einem Arzte entfernt und als Theil eines etwa 5 monatlichen Fötus im hohen Stadium der Fäulniss erkannt wurde. Weitere Fetzen, mit Eiter wurden nach und nach ausgestossen und zugleich verkleinerte sich die Geschwulst im Verhältnisse. Unter geeigneter Behandlung hatte sich Pat. nach 4 Monaten vollkommen erholt. **P. F. Mundé** (New-York).

15. **Föhr** (Marbach a/N.). Aus der geburtshülflichen Praxis.

(Württemberg. med. Correspondenzblatt 1878. November 12.)

1) Einspritzung von heissem Wasser bei atonischer Gebärmutterblutung nach der Geburt wandte Verf. in einem Falle mit bestem Erfolge an.

2) Eine Vierlingsgeburt bietet hauptsächlich interessante anamnestische Momente. Unter 6 früheren Geburten hatte nämlich die Frau zweimal lebende reife Zwillinge geboren, ebenso waren Mutter und Schwester derselben je zweimal von Zwillingen entbunden worden. Jetzt war sie im siebenten Monate schwanger. Zwei lebende Knaben wurden spontan in Schädel- und Fusslage geboren und nun eine Nachgeburt geholt. Zwei todte Mädchen folgten in Steiss- und Schädellage, hierauf

die Nachgeburt des zweiten Knaben, dann die gemeimsame der beiden Mädchen. Dieselbe zeigte keine Demarcationslinie. Die Beschaffenheit der Eihäute anlangend erwähnt Verf. nur, dass sich bei jedem Kinde eine Blase stellte. Die 4 Kinder wogen zusammen 3535 g, die Mädchen je 300 g weniger als die Knaben, die nach 24 Stunden starben.

3) Unter 223 Geburten sah Verf. einmal Eklampsie, und zwar bei einer früher stets gesunden Zweitgebärenden im siebenten Monate. Die Behandlung bestand in Chloroforminhalationen, Morphium subcutan, Kälte, Sinapismen, Blutegeln an die Schläfe und Essigklystieren. Nach 24 stündiger Dauer der von zahlreichen Anfällen unterbrochenen Bewusstlosigkeit spontane Geburt eines frischen unreifen Knaben. $1^1/_2$ Stunden später erwachte die Frau. Das Wochenbett verlief normal. Ob sich Eiweiss im Urin fand ist nicht gesagt.

4) Eine Viertgebärende war drei Mal von todten Kindern entbunden worden. Einmal war vom Verf. wegen des skoliotisch schräg verengten Beckens die künstliche Frühgeburt eingeleitet worden, das Kind aber während der schwierigen Entwicklung des nachfolgenden Kopfes zu Grunde gegangen. Bei der vierten Geburt extrahirte er ohne Mühe nach vorgenommener Wendung auf die Füsse am Ende der Schwangerschaft ein kräftiges lebendes Mädchen.

5) Nach vergeblichen Wendungsversuchen bei einer Querlage mit tief herabgedrängter Schulter, kleinem todten Kinde, kräftigen Wehen und weitem Becken zog Verf. die Schulter am vorliegenden Arme noch tiefer herab und in einigen Minuten hatte sich die Frucht selbst entwickelt. Das Wochenbett verlief normal.

Herdegen (Stuttgart).

16. **Knowsley Thornton** (London). Ovarientumor — Herz und Nierenaffection — Ovariotomie — Tod.

(Obstetr. Journ. of Gr. Brit. a. Irel. Bd. LXV. 1878. p. 281. August.)

Pat., 56 Jahre alt, nullipara, schwächlich, seit 5 Jahren hat sich ein Tumor im Leib entwickelt, einmal Punction Entleerung von 20 Pint dunkler Flüssigkeit, schnelle Wiederansammlung, jetzt 43 Zoll Körperumfang, Tumor grosscystisch mit kleinen Knollen, per vag. zu fühlen. Herz vergrössert, Geräusche, kein Eiweiss im Urin. Da die Punction keine Hülfe geschafft hatte, so entschloss sich Verf. zur Ovariotomie. Keine Adhäsionen, kurzer dicker Stiel, auch das andere in hühnereigrosse Cyste verwandelte Ovarium wird entfernt. Alles Entfernte zusammen wiegt 30 Pfd. Pat. zunächst schmerzfrei, Gesicht und Hände werden oedematös, fast vollständige Urinsuppression, Dyspnoe, Tod am 6. Tage. Obduction: das Herz wiegt 1 Pfund 3 Unzen, Insufficienz der Mitralis und Aortenostium. In der Lunge keine Infiltration, kein Pleuraexudat. Im Abdomen nirgends eine Spur von Peritonitis.

Verf. knüpft einige Bemerkungen über die Gefahrlosigkeit derartiger Operationen bei Lister'schen Cautelen. **Fritsch** (Halle a/S.).

17. La Ovariotomia é histerotomia en Chile.

(El Siglo Medico No. 1305. p. 824. 1878. December 29.)

1. Ovariotomie ausgeführt in Concepcion den 14. October 1868 von den Doctoren P. Ortiz, O. Aichel und L. Carrasco Diaz. Die 30jährige Kranke war Mutter von 6 Kindern. Beide Ovarien waren erkrankt, das eine mit einer uniloculären das andere mit multiloculärer Cyste. Man machte die doppelseitige Ovaritomie. Die Kranke genass und soll einige Jahre nach der Operation an Typhus gestorben sein.

2. Ovariotomie ebenfalls in Concepcion ausgeführt 14. Januar 1870. Operateure Dr. Aichel, E. Dessauer, W. Hidalgo und L. Carmona. 40jährige Frau, Mutter von 10 Kindern. Quiste carcinomatosa. Operirte starb $2^1/_2$ Stunden nach der Operation an Collaps.

3. ausgeführt in Santiago (2. Mai 1870) von den Dr. Dessauer, Yunge, Pat., 42 Jahre alt, 1 Kind. Quiste multilocular sarcomatoso. Operirte starb den 4. Mai an Collaps.

4. 1871 in Concepcion, ausgeführt von den Dr. Ortiz, Aichel, Hidalgo, und Carmona. Operirte starb 11 Tage nach der Operation an Peritonitis (?). (Fall ist nicht veröffentlicht.)

5. In Santiago October 1871. Ausgeführt durch die Dr. Thevenot, Aguirre, Schneider und Valderrama. Operirte starb am 4. Tag. (Der Fall ist beschrieben in der Revista Médica chilena 1872, Tomo I.)

6. Santiago. Dr. Thévenot, Aguirre etc. Operirte genas Ende der 3. Woche. (Revista Méd. chilena 1872.)

7. Valparaiso Dr. Thévenot, Coignard, etc. 16. Februar 1872. Operirte genas am 32. Tage. (Revista M. ch. 1872.)

8. Concepcion. Dr. Ortiz, Aichel etc. Kranke, 45—50 Jahre, hatte mehrere Kinder, starb 23 Stunden nach der Operation an innerer Blutung, wegen Lösung der Stielligaturen. (Der Fall ist nicht veröffentlicht.)

9) Concepcion. 28. August 1876. Histerotomie ausgeführt von Dr. Hidalgo, Aichel etc. Kranke genas, blieb jedoch mit einem Anus contranatural, welcher 10 Monate nach seinem Auftreten verschwand.

10. Santiago. April 1877. Dr. Ramon etc. Kranke starb. (Fall ist nicht veröffentlicht.)

11. Serena. Dr. Quint. Operirte genas.

Aus obigen Angaben erhellt, dass unter 10 Ovariotomien 4 genasen, 6 starben; und dass man demnach seit 10 Jahren in Chili ovariotomirt.

Kispert (Madrid).

18. **Mc Mechan** (Cincinnati). Hypermastia and Polymastia.

(The American Journal of Obstetrics etc. p. 719 u. 842.)

Verf. erinnert zunächst an die verschiedene Grösse und Gestalt der Brüste bei Jungfrauen und bei stillenden und gestillt habenden Müttern, sowie an die Hängebrüste der Weiber mancher aussereuropäischer Völkerracen. Die Einführung des Corsets zur Bildung einer hübsch geformten Brust wird den Römern zugeschrieben. Unter den Europäern sollen die Portugisinnen die grössten, die Castilierinnen die kleinsten Brüste haben. Das Wiener Museum hat eine Brust von 30 Pfund Schwere aufzuweisen. —

Vermehrung der Brüste bis zu 5 Stück sind beobachtet. In einzelnen Fällen konnte Erblichkeit constatirt werden. Finden sich 3 Brüste, so hat die 3. ihren Sitz auf dem Sternum zwischen den beiden anderen, bei 4 Brüsten meist symmetrische Anordnung, so dass die überzähligen neben den normalen Brüsten sitzen, sich der Axillarlinie nähernd. — Bei 5 Brüsten wurde eine gleiche Anordnung gefunden, die 5. sass über dem Nabel. Zu den Seltenheiten gehört es, wenn die Brüste übereinander angeordnet sind, oder eine Brust auf dem Rücken oder an der Hüfte sich befindet. Die überzähligen Brüste secernirten in einzelnen Fällen Milch in gleicher Menge, wie die normalen Brüste; der Verf. führt dafür interessante Beispiele an. Eine grössere Fruchtbarkeit, häufigere Zwillingsgeburten etc., könnten bei Frauen mit überzähligen Brüsten nicht constatirt werden.

Zu den Ursachen der Entzündung und Abscedirung der Brust rechnet Verf. ausser dem grossen Blutandrang zu den Brüsten nach der Geburt, Erkältungen, Reizung der wunden Brustwarzen durch das Saugen des Kindes, Milchretention, Anwendung der Milchpumpe, Reiben der Brüste zur Beförderung des Milchabflusses, dann scrophulöse Constitution. Je nach dem Sitz der Entzündung werden auch Abscedirungen unterschieden als abscessus subcutanei, parenchymatici und submammarii (Cooper). Therapie: zunächst salinische Abführmittel, Ipecacuanha als Diaphoreticum, Chinin in grossen Dosen, kalte Umschläge, Blutegel. — Bei fortschreitender Entzündung Kampheröl mit etwas Opium; bei Neigung zur Abscedirung warme Umschläge. Incision.

Hierzu bemerkt Palmer S. 842: dass der prophylaktischen Behandlung besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden müsse. Schlecht entwickelte Warzen, Erythem, Erosionen etc. seien zu berücksichtigen, eventuell local zu behandeln. Dann Aufbinden der Brust. Sehr empfohlen werden Belladonnapflaster. »Es lindert die Schmerzen, vermindert die Milchsecretion und schränkt die Congestionen ein, ist somit ein wichtiges Mittel zur Verhütung der Eiterung!«

Bei eingetretener Eiterung warme Umschläge, Incisionen. —

Pott (Halle).

19. **Janvrin.** Fall von Opiumvergiftung bei einem Kind.

(The American Journal of obstetrics etc. 1878. Oct. p. 780.)

Ein 5 Wochen altes Kind hatte aus Versehen 10 Tropfen von Squibb's Liq. opii comp. erhalten. Der Arzt fand das Kind völlig bewusstlos, Athmung hatte aufgehört, Herzaction ungemein schwach. Kidders elektrische Batterie wurde sofort in Anwendung gebracht. Der + Pol auf den Nerv. phrenicus, der — Pol über dem Zwerchfell aufgesetzt. Nach 7 Secunden erfolgte die erste schnappende Inspiration, nach weiteren 15 Secunden die zweite, wenige Minuten darauf athmete das Kind wieder, wenn auch noch sehr oberflächlich. Subcutan wurde $^1/_{300}$ Gran Atropin injicirt und per clysma etwas Alkohol verabreicht. Die Pupillen erweiterten sich etwa 10 Minuten nach der Injection. Etwa 60—70 Athemzüge erfolgten pro Minute, Puls sehr frequent, nicht zu zählen. Im Laufe des Tages erforderten plötzliche Athemunterbrechungen, die etwa 3—5 Minuten dauerten, und sich 5 Mal im Laufe von 15 Stunden wiederholten, erneute Anwendung des elektrischen Stromes. Am 2. Tage trat ein Gesichtserysipel auf, dass sich schnell über den ganzen Kopf verbreitete und bald die Respiration auf 80 Athemzüge und die Temperatur auf $104^1/_2$° F. erhöhte. Trotz 2gräniger Chinindosen schritt das Erysipel fort und die Prognose wurde immer ungünstiger. Einwicklungen in kalte, nasse Tücher anfangs $^1/_2$stündlich, später stündlich tagelang fortgesetzt führten allmälig zu einer Temperatur von 101° F., später 99° F. und schliesslich zur völligen Heilung. **Pott** (Halle).

20. **Jacobi.** Fall von localisirter Atrophie.

(The American Journal of obstetrics etc. 1878. Oct. p. 797.)

Ein Mädchen, 9 Jahre alt, erkrankte im Alter von 3 Jahren unter heftigen Reizerscheinungen von Seiten des Gehirns (Brechen, Krämpfe, Bewusstlosigkeit) ganz plötzlich. Die Diagnose wurde damals auf ein »Hirnfieber« gestellt. Heilung erfolgte nach 2 Wochen. Periodische Hirnkopfschmerzen ausgenommen blieb das Kind 2 Jahre gesund. Dann traten neue Convulsionen mit grosser Heftigkeit auf; als epileptische konnten dieselben nicht aufgefasst werden. Das Kind war zwei Monate vor der ersten Erkrankung auf die Stirn gefallen, über dem rechten Auge war eine rothe Druckmarke sichtbar gewesen, die später sich dunkel färbte, dann ganz verschwand und an derselben Stelle eine kleine Depression zurückliess. Im Alter von 5 Jahren verlor das Kind die Haare am oberen Theil der Stirn. Haut, Muskel und das subcutane Gewebe atrophirten und es liess sich etwas rechts von der Medianlinie bis zur Scheitelgegend eine deutliche Depression am Schädel nachweisen. Die Haut war an dieser Stelle kaum verschiebbar, sehr dünn, braun gefärbt, einzelne Venen hervortretend. Neben der localisirten Schädelatrophie bestand Atrophie des rechten oberen Augenlides und ein geringer Grad von Atrophie der ganzen rechten Gesichtshälfte. An der Mitralis war ein systolisches Geräusch zu hören. Mit einer Herzaffection die Atrophie in Zusammenhang zu bringen, liegt nahe, doch spricht Anamnese und Verlauf der Krankheit dafür, dass der Fall auf die Stirn zu einer Hämorrhagie mit langsam fortschreitender Hirnreizung führte und sich zunächst auf nutritive Störungen im Gebiete des I. u. II. Trigeminusastes beschränkte.

Die Behandlung im Hospital bestand 5—6 Wochen lang in schwachen constanten Strömen ein Mal des Tages 6—7 Minuten lang und in subcutanen Injectionen von Solut. Fowleri, anfangs 2 Mal täglich 4 Tropfen pro dosi, später bis 8 Tropfen steigend. Der Erfolg war ein sehr zufriedenstellender. Die Injectionen riefen niemals weder locale noch allgemeine Störungen hervor.

Pott (Halle).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S. (Alte Promenade), an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart (Alleenplatz 3), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

// Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling und Dr. Heinrich Fritsch
in Stuttgart. in Halle a/S.

Dritter Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 15 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nº. 4. **Sonnabend, den 15. Februar.** **1879.**

I. Ein Urinthermometer für die Frauenpraxis.

Von

Otto Küstner,

Docent in Jena, Assistent an der gynäkologischen Klinik daselbst.

Trotzdem die beigegebene übrigens halb schematisch gehaltene Skizze auf den Millimeter genau das Instrument darstellt, dürften doch einige kurze erläuternde Bemerkungen nicht überflüssig sein.

Der im Ganzen etwa 160 mm lange am unteren Ende sich verjüngende, neusilberne Katheter besitzt einen Massendurchmesser von 70 respective 44, einen Lichtendurchmesser von 60 respective 23 mm. Ausser der oberen Oeffnung bei a hat er noch bei b ein 12 mm langes und 6 mm breites Auge. In dem Katheter eingeschoben läuft ein kleines Maximumthermometer mit einer Gradeintheilung von 29,0 bis 43,0 C., das höchstens 4 mm Durchmesser besitzt, so das

es also das Lumen des Katheters nicht verstopft, sondern um sich herum noch einen Hohlmantel von wenigstens 1 mm Dicke übriglässt. Dagegen verschliesst der neusilberne Kopf *a c*, in den das Thermometer fest eingekittet ist, den Katheter am oberen Ende jenseit des Auges in einem Bereiche von 20 mm wie ein Stöpsel vollständig. Mit diesem Kopf kann das Thermometer aus dem Katheter herausgezogen werden, was zur Reinigung der Instrumente nothwendig ist; das Ablesen der Temperatur ist bereits durch das Auge, in welchem man 2 Grade auf einmal überblicken kann, leicht möglich. Durch seine Länge garantirt der Messingkopf *ac* dem Thermometer einen sicheren Halt in der Seele des Katheters. —

Trotz seiner grossen Zartheit lässt das Instrument an Dauerhaftigkeit gar nichts zu wünschen übrig; es ist von Herrn Hofmechanicus C. Zeiss in Jena gearbeitet, und sind Exemplare bei dieser Firma zu einem Preise von 10 Mark zu beziehen.

Führt man nun den mit dem Thermometer bewaffneten Katheter in die Urethra einer Frau mit nur sehr mässig gefüllter Blase ein, so ist es binnen wenigen Secunden möglich, die Temperatur des Urins in der Blase zu gewinnen. Gemeiniglich reichen etwa 12 Secunden, während derer der Urin mit einem Strahle — nicht etwa nur tropfenweise — aus dem Auge *a* ausfliessen muss, um die Maximaltemperatur, welche überhaupt auf diese Weise gewonnen werden kann, zu erhalten. Ist die Blase voll und läuft der Urin schnell, so genügen auch schon 8 bis 12 Secunden, läuft er langsamer, so kann man nach 15 Secunden der höchsterreichbaren Temperatur versichert sein. Die Urinmenge, welche während 15 Secunden abfliesst, beträgt im Mittel etwa 60 ccm, natürlich bestehen in diesem Punkte Differenzen je nach Füllung der Blase, Spannung der Wände derselben, je nach dem Grade der Action der Bauchpresse, nach dem Alter der Person etc. Ein nennenswerther Unterschied jedoch zwischen der Menge, welche aus dem Instrumente abfliesst, und der, welche in derselben Zeit aus einem Katheter läuft, der die Dicke des Ansatzrohres *de* besitzt, besteht sicher nicht. Durch Veränderung der Lumina der einzelnen Abschnitte des Instrumentes würde man ein schnelleres Abfliessen des Urins erzielen können; z. B. schon dadurch, dass man bei gleichbleibendem Cylinder *ad* das Ansatzstück *de* erweitert, also etwa zur Dicke eines gewöhnlichen Frauenkatheters (von 5,2 mm Massen- resp. 4,2 Lichtendurchmesser). Einen Vortheil für die Temperaturmessung erzielt man jedoch durch dergleichen Modificationen nicht; die geringste Zeit, in der man die Maximumtemperatur erhält, bleibt doch 8—12 Secunden; ich würde daher schon aus dem Grunde das Instrument mit schwächerem Ansatzrohr vorziehen, weil man mit diesem wohl nie beim Katheterisiren wehthut.

Die bis zu 15 Secunden im Urin gewonnene Temperatur verhält sich zu der in 5 bis mehr Minuten tief in der Vagina mit demselben Thermometer gemessenen so, dass höchstens Differenzen von 0,1 —0,15 Grad vorkommen; meistens stimmen beide Temperaturen miteinander überein. — Folgende Tabelle ist bereits in der gegebenen Grösse genügend, um das Gesagte zu belegen. Differenzen zwischen Säule und Scala, welche weniger als ein Zehntel Grad betragen, sind mit dem Buchstaben *n* bezeichnet.

Tabelle I.

Name.	Nach *x* Secunden	ist das Urinthermometer auf *x* Grade gestiegen	und sind während dieser Zeit *x* ccm Urin abgeflossen;	Maximaltemperatur mit dem Urinthermometer gemessen.	Temperatur der Vagina (5 Minuten).	Aus einem Katheter von der Dicke des Ansatzrohres *d e* läuft in *x* Secunden	*x* ccm Urin ab.
Däubner, grav.	15	37.5	76	37.5			
König, grav.	10	37.2	50	37.2*n*			
Volke, grav.	10	37.2	44	37.2			
Tappert, grav.	8	37.3	48	37.3			
Reinhardt.	10	37.8	32	37.8*n*			
Däubner, grav.	10	37.2	70	37.2			
Meyer, puerp.	9	37.7	34	37.8	37.7		
Homeyer.	10	37.5	35	37.6			
-	30	37.6	100	37.6	37.7	10	30
Steinmann, grav.						10	54
Schmidt.	15	37.8*n*	44	37.8*n*	37.7*n*		
Hellwig.	15	37.6*n*	28	37.6*n*	37.7*n*		
Gräbener, puerp.	10	37.2	20		37.2		
Homeyer.	10	37.2					
-	15	37.4*n*		37.4*n*	37.3*n*		
Schmidt.	15	37.9	40	37.9	37.7*n*		
Hellwig.	15	37.4*n*	64	37.4*n*	37.6		
Ilmer, grav.	15	37.4*n*	76	37.4*n*	37.4*n*		
König, grav.	15	37.3	86	37.3*n*	37.3*n*		
Volke, grav.	15	37.3*n*	70	37.4*n*	37.3*n*		
Säge.	15	38.2	46		38.0	15	52
Ilmer, grav.	8	37.3				15	54
Tappert, grav.	9	37.4*n*			37.5*n*	15	80
König, grav.	15	37.4	72	37.4	37.3*n*	15	84
Homeyer.						15	34
-						30	60
Kolbach I. grav.	8	37.2			37.2	15	87
Homeyer.	15	37.3*n*	50		37.4	45	146
Seume.	15	37.6	60		37.5*n*	30	118
Kolbach II.					37.7	12	50
Gretscher.					37.5	45	204
Seume.					37.7	30	126

Wir besitzen sonach ein Instrument, mit dem wir die sicherste und schnellste Methode der Körpertemperaturbestimmung auch am Weibe leicht anwenden können. Während nun Oertmann[1]), der die Messung der Urintemperatur zuerst zur Bestimmung der Körpertemperatur auf Beobachtungen an sich selbst hin als Methode angab,

[1]) Pflüger's, Archiv für etc. 1878. Bd. XVI. p. 101.

ausdrücklich betonte, dass dieselbe nur für Männer und zwar nur für solche mit kräftigem Strahle sich eigene, so schien sie mir viel zu prompt und zuverlässig, als dass man sie sich nicht auch für die gynäkologische Praxis hätte zu Nutze machen sollen. Ich maass daher Anfangs auf Oertmann's Veröffentlichung hin häufig die Temperatur des durch einen gewöhnlichen Katheter ablaufenden Urins mit einem Maximumthermometer, dessen Kugel ich vor die Mündung des Katheters hielt, und fand hier ein leidlich constantes Verhältniss, nämlich dass die Urintemperatur etwa 0,3—0,5 höher war, als die gleichzeitig in der Achselhöhle gefundene. Jedoch kamen auch grössere und geringere Differenzen, sogar solche im umgekehrten Sinne vor. Er ist das wohl ohne Weiteres glaubhaft und ich brauche das nicht noch mit Zahlen zu belegen, ich besitze noch eine Curve von 42 vergleichenden Temperaturmessungen, die ich an einer Ovariotomirten, welche lange katheterisirt werden musste, auf diese Weise gewann. Es ist ferner ohne Weiteres klar, dass diese Differenzen einmal aus der Unzulänglichkeit der Temperaturmessung in der Axilla, andrerseits aus der Unzulänglichkeit dieser Manier der Urintemperaturmessung erwachsen, es ist das ohne Weiteres klar, wenn wir die grosse Uebereinstimmung, welche zwischen Vaginatemperatur und der Urintemperatur, die mit unserem Instrumente gewonnen ist, bedenken. Halten wir das Thermometer vor den Katheter, aus dem der Urin abläuft, so muss erst der ganze Katheter von dem Urin erwärmt werden; vom Katheter geht ein nicht unbeträchtlicher Theil der Temperatur wieder fortwährend und schnell durch Strahlung verloren, und daher kommt es, dass einmal noch nicht nach 12—15 Secunden die Maximumtemperatur erreicht ist, sondern die Säule manchmal noch nach 30—40 Secunden im Steigen begriffen ist, daher kommt es, dass wir so eine unverhältnissmässig grössere Urinmenge brauchen, um die Maximumtemperatur zu erzielen, daher kommt es endlich, dass die so schliesslich gewonnene Temperatur meist noch um einige Zehntel niedriger ist, als die mit unserem Instrumente gemessene.

Tabelle II.

Name.	Vor die Mündung eines Katheters von der Dicke des Ansatzrohres de wird während x Secunden ein Maximumthermometer gehalten, dasselbe steigt auf		Nach x Secunden	ist das Urinthermometer auf x Grad gestiegen.	Vaginatemperatur (5 Minuten).
	x Secunden	x Grad.			
Säge	15	37.7	15	38.2	38.0
Tappert	15	37.2	9	37.4n	37.5n
König	15	37.2	15	37.4	37.3n
Schäfer	15	37.9n	15	38.2n	
Kolbach I	15	37.2	6	37.2	37.2
Homeyer	45	37.1n	15	37.3n	37.4
Seume	30	37.4	15	37.6	37.5n
Kolbach II	12	37.2			37.7
Gretscher	45	37.5			37.5
Seume	30	37.3			37.7

Alle diese Mängel kommen bei unserem Urinthermometer völlig in Wegfall. Hier wird das Stückchen Metall, das bis zur Thermometerkugel der Urin zu durchlaufen hat, schnell ausser vom Urin auch von der umgebenden Harnröhrenwand auf Körpertemperatur gebracht und durch Strahlung wird von ihm gar nichts, durch Leitung höchstens ein Minimum abgegeben; nur so ist es erklärlich, wie in so erstaunlich kurzer Frist und mit so enorm wenig Urin das Quecksilber des Thermometers bereits auf das Maximum ausgedehnt wird. Es hat sonach die Temperaturmessung mit unserem Instrumente vor der elementareren Methode mit dem vor den Katheter gehaltenen Thermometer nicht nur den Vorzug der Bequemlichkeit, sondern auch den der bei weitem grösseren Exactität. Die durch Vorhalten eines Maximumthermometers vor einen gewöhnlichen Katheter gewonnenen Temperaturen sind, wenn der Urin nicht sehr lange Zeit über die Kugel hat laufen können (bis 40 Sec.) fast noch unzuverlässiger als die Achselhöhlentemperaturen. —

Inwieweit diese Methode der Temperaturmessung in der Praxis anzuwenden sei, überlasse ich natürlich dem geehrten Fachcollegium zu entscheiden. Es ist vielleicht nicht undenkbar, dass sich beschriebenes Instrument einen legitimen Platz unter dem constanten Armamentarium des gynäkologischen Sprechzimmers erwürbe. Mir speciell als Hospitalarzt hat sich dieses Urinthermometer zur Genüge bewährt; wir sind häufig in der Lage entweder eine gemessene Temperatur controliren oder uns sonst von einer momentanen Temperatur überzeugen zu müssen, es ist alsdann sehr angenehm, ein Mittel zu haben, mit dem man den gewünschten Zweck schnell und prompt erreichen kann; auf eine Ansammlung von einer grossen Urinmenge in der Blase braucht man ja nicht zu warten; hat die Patientin zuletzt vor einer halben Stunde urinirt, so hat sie für eine Temperaturbestimmung genug in der Blase. Das Instrument kann bereits in einer gewöhnlichen Verbandtasche Platz finden — es liesse sich jedoch auch noch kleiner construiren.

Dass ich mir nicht einbilde, dass diese Methode der Temperaturmessung einmal die ausschliesslich angewendete sein wird, brauche ich wohl nicht zu sagen. Auf der anderen Seite aber glaube ich auch nicht, dass ein deutscher Frauenarzt oder seine Patientinnen Prüderie genug besitzen, um eben in dem oder jenem geeigneten Falle eine Feststellung der Temperatur auf angegebene Weise zu vereiteln. Wenn Pajot sagt: »Cette invention (eine Chloroformmaske) est aussi cocasse, que celle, née d'hier, pour obtenir la température du corps, faire pisser le malade sur le thermomètre! so würde das nicht einmal für die in Rede stehende Methode gelten, und vielleicht würde auch Pajot über dieselbe etwas milder urtheilen; allerdings würde es recht geschmacklos sein, in oder neben dem gynäkologischen Sprechzimmer eine Dame auf ein Thermometer pissen zu lassen — sie zu katheterisiren, gehört zu den im Publicum sanctionirtesten Massnahmen.

II. Zur Diagnose der Adhäsionen bei Ovarialgeschwülsten.

Von

Dr. **Karl Stahl** in Frankfurt a/M.

Wenn auch bei dem jetzigen Stande der Ovariotomie Adhäsionen nicht leicht eine Contraindication gegen die Operation geben, abgesehen vielleicht von wenigen Fällen fester flächenhafter Verwachsung mit den Organen des kleinen Beckens, so muss doch unser Bestreben dahin gehen, den Sitz und die Art der Adhäsionen im Voraus möglichst genau zu bestimmen. Bei der noch recht unvollkommnen Diagnostik in Bezug auf Adhäsionen im grossen Becken und Abdomen, scheint mir deshalb jeder, wenn auch kleine, Beitrag hierzu der Veröffentlichung werth. Einen solchen sollen die beiden folgenden Beobachtungen liefern, bei denen die Adspection des Abdomens fast allein zur Diagnose genügte.

Der erste Fall kam in der Freiburger gynäkologischen Klinik zur Beobachtung. Bei einer Frau, die $^1/_4$ Jahr vorher entbunden war, fand sich eine cystische Geschwulst im Epigastrium, welche dem ersten Anschein nach in keinem Zusammenhang mit den Beckenorganen stand, da es sehr leicht gelang, mit der Hand die schlaffen Bauchdecken unterhalb des Tumors bis zur Wirbelsäule einzudrücken und diese genau abzutasten, ohne dass ein Zusammenhang mit den Beckenorganen vorhanden schien. Bei der combinirten Untersuchung dagegen war nur ein Ovarium zu palpiren, während vom Uterushorn der anderen Seite ein schmaler Verbindungsstrang nach der Geschwulst hinaufzog. War somit die Geschwulst im Epigastrium als ovariell nachgewiesen, so war der auffallende äussere Befund nur folgendermassen zu erklären. Der Tumor musste früher bis ins Epigastrium emporgehoben und dort durch Adhärenzen fixirt worden sein. Die Anamnese lieferte denn auch den Grund für das Emporschieben der Geschwulst in der vor Kurzem beendigten Schwangerschaft. Bei der beträchtlichen Dislocation der Ovarialgeschwulst durch den schwangeren Uterus war eine bedeutende Dehnung des Verbindungsstrangs erfolgt und dies blieb durch die mittlerweile entstandene feste Adhärenz bei der Verkleinerung des puerperalen Uterus erhalten. Die mit Erfolg ausgeführte Operation bestätigte die volle Richtigkeit dieser Annahme.

Die zweite Beobachtung machte ich, als ich am 30. September Herrn Dr. Koch in Hanau bei einer Ovariotomie assistirte. Bei einer kurzen äusseren Betastung des Bauchs war mir der folgende Befund auffallend. Der mässig aufgetriebene Leib enthielt 2 fast vollständig isolirte Tumoren, wovon der eine rechts dicht oberhalb des Nabels seinen Sitz hatte, während der andere auf dem kleinen Becken aufruhte. In dem freien Zwischenraum zwischen beiden Tumoren fühlte man einen etwa 3 cm breiten festen Strang, der die beiden Geschwülste mit einander verband. Auch hier musste der obere Tumor durch irgend welche Umstände emporgehoben

und durch feste Adhäsionen fixirt worden sein. Auf meine diesbezüglichen Fragen war Herr Dr. Koch so freundlich mir aus der Anamnese und dem früheren Befund Folgendes mitzutheilen. Der Leib war vor einer Punction, die vor wenigen Tagen ausgeführt worden war, colossal, dabei vollständig gleichmässig ausgedehnt gewesen durch die Geschwulst, ohne dass Abtheilungen an derselben zu unterscheiden waren. Der obere Theil der Geschwulst war gleichmässig elastisch, der mittlere zeigte deutliche Fluctuation, während der untere resistentere Stellen enthielt. Die Diagnose lautete demnach: polycystischer Tumor mit Entwicklung einer grossen Cyste im mittleren Theil des Abdomen. Nach diesem Befund und in Analogie mit dem Freiburger Fall, lag es nahe, anzunehmen, dass eine Degeneration beider Ovarien vorliege, dass der Tumor der einen Seite durch den der andern mit Ausziehung seines Stiels bis über den Nabel emporgeschoben worden, dort durch adhäsive Peritonitis festgehalten, bei Verkleinerung des unteren Tumors durch die Punction, nicht herabsank. Der von der oberen Geschwulst nach abwärts verlaufende Strang wäre danach als Stiel derselben anzusprechen gewesen. Dem widersprach aber einmal die sehr feste Beschaffenheit dieses Stranges, ferner die deutlich nachweisbare directe Fortsetzung desselben in die untere Geschwulst, und vor Allem der Umstand, dass Herr Dr. Koch ein gesundes Ovarium in der Nähe des vollständig prolabirten Uterus hatte nachweisen können. Auch die Möglichkeit, dass die untere Geschwulst nicht ovariell sei, sondern vom Uterus ausgehe, war ausgeschlossen, da das prolabirte Organ vollständig abzutasten war. So blieb die einzig mögliche Erklärung die folgende. Die grosse polycystische Geschwulst ging von einem Ovarium aus. Die in der Linea alba, der deutlichen Fluctuation entsprechend ausgeführte Punction entleerte den grössten Cystenraum ziemlich vollständig, während die oberen und unteren Theile des Tumors, die aus kleineren Cysten bestanden, unverändert blieben und, da der obere Theil durch feste Adhäsionen am Herabsinken verhindert war, zwei fast isolirte Geschwülste darstellten, die nur durch die dicke, zusammengefaltete Wand der entleerten Cyste (den erwähnten dicken Strang) unter einander verbunden wurden. —

Der Befund bei der ebenfalls mit Erfolg ausgeführten Operation entsprach vollkommen der gegebenen Erklärung. Der obere polycystische Geschwulstabschnitt war durch feste flächenhafte Adhäsionen, nach deren Trennung mehrere spritzende Gefässe die Ligatur erforderten, an der vorderen Bauchwand fixirt. Legte man die Geschwulst nach der Herausnahme, die sonst keine Schwierigkeiten bot, flach hin, so bildete sie, abgesehen von kleinen Unebenheiten durch die kleinen Cysten, wieder eine vollständig gleichmässige Masse, ohne Andeutung einer Trennung in 2 Abschnitte. Ebenso wenig war von dem früher gefühlten Strang etwas zu bemerken. Die grosse entleerte Cyste konnte jetzt, da die Fixation wegfiel, wieder die ursprüngliche Gestalt annehmen. Leider habe ich versäumt, den Ver-

such zu machen, durch Emporheben des oberen Geschwulstabschnitts die Gestalt des Tumors vor der Operation künstlich wieder zu erzeugen.

III. Einige Bemerkungen zu dem von Herrn Dr. Leopold im XIII. Bande des Archivs für Gynäkologie veröffentlichten Falle von interstitieller Schwangerschaft.

Von

F. Ahlfeld.

Mein Versuch, die in den Lehrbüchern vertretene, besonders aber von Leopold vertheidigte Ansicht über das Zustandekommen von Tuben-, resp. interstitiellen Schwangerschaften durch kleine Tuben- und Decidualpolypen, zu erschüttern, indem ich eine kritische Beleuchtung der anatomischen Verhältnisse der bisherigen Publicationen veröffentlichte, hat Herrn Leopold zu einer Entgegnung veranlasst, die sich fast ausschliesslich auf die Verhältnisse in einer seiner Beobachtungen bezieht.

Ich könnte in gleicher Weise, wie Leopold, schon im Voraus versichern, dass seine Entgegnung nicht vermag, meine Anschauung irgend wie zu ändern. Doch was nützte es der Wissenschaft, wenn Zwei, die entgegengesetzter Meinung sind, nicht von ihrer Position weichen? Die Entscheidung wird vielmehr dadurch herbeigeführt, dass der grössere Theil der sachverständigen Berufsgenossen sich auf die Seite des einen oder anderen streitenden Theiles stellt, oder dass neuere Arbeiten die Ansichten eines der beiden Theile mehr befestigen.

Wenn ich in meinem kleinen Aufsatze die Fachgenossen zu überzeugen suchte, dass trotz des scheinbar sehr plausibeln Zusammenhanges zwischen Tubarpolypen und interstitieller Schwangerschaft, dieser Zusammenhang sehr zweifelhafter Natur sei, dass vielmehr die Frage ihre vollste Berechtigung habe, ob jene Polypen nicht als eine Folge der Schwangerschaft anzusehen seien, so bezieht sich mein Zweifel nur auf die Beweisfähigkeit der bisher veröffentlichten Fälle. Die Möglichkeit, dass überhaupt Tubarpolypen das Ei aufhalten können, fällt mir nicht ein zu bestreiten.

Die Entgegnung des Herrn Leopold enthält einige Abänderungen und Zusätze zu der primären Veröffentlichung, die meiner Kritik zu Grunde lag, auf die ich zuerst eingehen muss.

Auf p. 51 der Entgegnung berichtigt mich Herr Leopold, es sei deutlich zu lesen (Arch. für Gynäkologie Bd. XIII, p. 362), »dass die kleinen Polypen das Uterinende der rechten Tube ausstopfen und bis *in* die Eihöhle deutlich zu verfolgen sind«. Dieser Beschreibung steht die erste und zwar genauere Mittheilung auf p. 359 gegenüber, wo ebenso deutlich zu lesen ist: »*indem er* (nämlich der interstitielle Theil des Tubencanales) *sich aber hierbei beträcht-*

lich erweitert, auf ungefähr 1 cm Länge mit 4—5 länglichen Schleimhautpolypen ausgestopft ist und sofort in die weite, von Blutmassen ausgefüllte Eihöhle übergeht«. Da steht nichts davon, dass in der Eihöhle noch Polypen zu sehen gewesen seien. Diese Beschreibung stimmt auch mit dem, was ich gesehen habe, vollständig überein. Die 5 Polypen sitzen vor der erweiterten Tubenhöhle, speciell aber vor dem Ei.

Aber auch wenn noch einer oder der andere der Polypen im Anfange des Hohlraumes der erweiterten Tube gefunden wäre, so würde damit nicht die Thatsache umgestossen, die ich als die wichtigste in meiner Kritik angeführt habe, dass das Ei die fraglichen Polypen bereits passirt gehabt hat, als es sitzen blieb. Was Leopold nun weiter vermuthet, wie er sich vorstellt, dass das Ei wohl diese Polypen habe passiren können, dass es aber durch Polypen, die jetzt nicht mehr vorhanden seien, aufgehalten wurde, sind Hypothesen, die auch nur der geringsten Unterlage entbehren. Es ist eines Jeden Sache, wie weit er Leopold in seinen Vorstellungen folgen will. Auch der Umstand, dass die Köpfe der uterinwärts liegenden Polypen etwas dicker waren, als die ersten, vermag mich nicht zu überzeugen, dass auf diese 5 Polypen andere mit noch dickeren Köpfen gefolgt seien, zwischen denen nun das Ei hätte stecken bleiben müssen. Wenn es dem Eie gelungen war, eine Tube zu passiren, die mit Schleimhautpolypen »ausgestopft« (p. 359) ist, wenn es sich durch die »dicht aneinander gepressten Polypen« (p. 360) hat hindurcharbeiten können, so ist die Zumuthung an unsere Phantasie etwas stark, glauben zu sollen, dass nun doch noch grössere Polypen dagewesen sein müssten, die das Ei aufhielten. Gewiss ist auch Leopold diese Vorstellung ziemlich schwer geworden und er hat sich erst nach und nach in sie hineingelebt. Wenigstens lesen wir nirgends in seiner Arbeit, sondern nur in der Entgegnung diese Vorstellung ausgeführt. In der Arbeit finden wir wohl p. 360 gesagt, dass durch die dicht aneinander gepressten Polypchen das Ei aufgehalten worden sein möge; p. 362 aber wird der Vorgang beschrieben, wie er nun freilich mit den thatsächlichen Verhältnissen nicht in Einklang zu bringen war: »der Vorgang der Eibehinderung wird dann der gewesen sein, dass das befruchtete Eichen vor den aneinander gepressten Polypchen liegen blieb«.

»Hätten sich derartige Polypen nur vor dem Eisack«, schreibt Leopold in der Entgegnung, p. 52, »oder nur bis zu diesem heran gefunden, so würde wohl Jeder zögern, zu behaupten, dass diese bis zum Fruchtsacke gelegenen Polypen das Ei aufgehalten haben sollten; denn das Ei müsste vor ihnen liegen«. Da ich die Bedingungen im Anfangssatze als wirklich vorhanden annehme, so fällt auch die Folgerung für mich affirmativ aus.

Das sehr fett gedruckte Wort »Tube« (Entgegnung, p. 53) weist den Leser auf einen anderen Punkt hin, wo, nach Leopold, meine Ansicht und Kritik den Hauptstoss erhält, denn, weil ich die betref-

fenden Polypen »Decidualpolypen« genannt habe, sie in der That aber in mehreren der Beobachtungen von der Schleimhaut der Tube ausgingen, so »widerlegt sich aus diesem Grunde meine Kritik schon von selbst«. Ich lege keinen Werth auf diesen Punkt, glaube auch nicht, dass die Leser meine Ansicht deshalb missverstanden haben werden. Aehnlich, wie auf der Uterusdecidua sich in den ersten Monaten sehr häufig kleine polypöse Wucherungen finden, so vermuthe ich, oder, besser gesagt, halte ich es für sehr wahrscheinlich, dass auch die Tubendecidua bei Tubarschwangerschaften leicht zur Polypenbildung geneigt sein wird. Bewiesen ist dies bisher aus dem Grunde noch nicht, weil nicht darauf geachtet wurde und kein statistisches Material vorliegt. Ich habe dazu jetzt die Anregung gegeben. Wir werden den Erfolg abwarten müssen. Die Möglichkeit, dass bei Tubarschwangerschaften die Schleimhaut zu excessiver Wucherung gereizt wird, giebt Leopold selbst zu, indem er p. 53 der Entgegnung schreibt: »Zweitens aber liesse sich andrerseits auch fragen, ob nicht in den wenigen Tagen vor dem Eintritt des befruchteten Eichens in den Uterus sich durch die raschen Wucherungsvorgänge in der Schwangerschaft schon ein Polypchen gebildet haben könnte, das bei dem so engen Tubenlumen schon gross genug ist, das Ei aufzuhalten«. Ich könnte mich mit diesem Zugeständnisse vollständig zufrieden geben; denn wer die Möglichkeit zugiebt, dass in der Tubenschleimhaut sich in Folge des Schwangerschaftszustandes kleine Polypen bilden binnen der wenigen Tage, die das Ei zu seiner Wanderung durch die Tube braucht, der muss um so eher ihre Bildung bei Tubenschwangerschaften für möglich halten. Ich bin aber mit diesem Zugeständnisse noch nicht zufrieden, sondern hoffe auch in Folgendem einen Grund angeben zu können, weshalb speciell in dem Leopold'schen Falle die Polypen eher Schwangerschaftsproducte sind, als nicht. Mir ist es entschieden plausibler anzunehmen, dass das Eichen sich nicht durch die »dicht aneinandergepressten Polypen« hindurchgedrängt habe, sondern dass diese Polypen sich erst nach dem Festsetzen des Eies gebildet haben. Wenn sich in einem Canale eine Stelle durch das Wachsthum eines eiförmigen Körpers ausdehnt, so müssen die anliegenden Partien des Canales sich zur Eiperipherie hin trichterförmig erweitern. Dieser so entstehende Hohlraum muss durch irgend etwas ausgefüllt werden. In der Tube könnte dies durch Schleim geschehen, oder die Schleimhaut könnte wuchern. Es müssen dann auch die Köpfe der Polypen, entsprechend der Gestalt des trichterförmigen Raumes nach der Eiperipherie zu dicker werden.

Leopold macht mir einen Vorwurf, weil ich seinen ersten Fall, wo von einem Zusammenhange zwischen Polypenbildung und Tubenschwangerschaft gar nicht die Rede sein konnte und von ihm gar nicht angenommen war, mit in meine Kritik gezogen habe. Da ich aber alle bisher beschriebenen Fälle, in denen Polypen neben Tuben- oder interstitieller Schwangerschaft gefunden waren, zusammengestellt

habe, so musste ich auch dieses Falles Erwähnung thun, habe aber nicht unterlassen, ihn gleich zuerst auszuscheiden, während er, wenn ich ihn gleich den übrigen hätte behandeln wollen, in der chronologischen Reihenfolge als der dritte hätte erwähnt werden müssen. Ich war aber um so mehr berechtigt, seiner Erwähnung zu thun, als Leopold selbst ihn bei der Frage über Aetiologie der Tubarschwangerschaften mit heranzieht und die Möglichkeit sich vorstellt, dass diese Polypen »den Eintritt des befruchteten Eichens hätten verhindern können«.

Mögen nun weitere Untersuchungen entscheiden, ob der Zusammenhang zwischen Polyp und Entstehung von Tubarschwangerschaften in der That bestehe oder nicht, ob die kleinen Polypen sich erst in der Schwangerschaft bilden, oder nicht, das Eine steht fest, dass dieser Zusammenhang bisher noch nicht erwiesen ist, dass auch der Fall II des Herrn Leopold ihn nicht beweist und dass dieser daher keine Berechtigung hatte, zu behaupten, seine Beobachtung »lege die Ursache der Schwangerschaftsanomalie ziemlich klar dar«, das mechanische Hinderniss »lasse sich kaum schöner und unzweideutiger auffinden«, »die Verhältnisse lägen so klar« etc.

Leipzig, den 31. Januar 1879.

---

1. P. F. Mundé (New-York). Der Werth der Elektrolysis bei der Behandlung von Ovarientumoren.

(Amer. Gynaecological transactions 1878. Bd. II.)

Verf. hat sich der sehr dankenswerthen Aufgabe unterzogen, den wahren Werth der Elektrolyse bei der Behandlung der Ovarialtumoren marktschreierischen Anpreisungen gegenüber zu prüfen und festzustellen. Für die Erfolge eines Semeleder (Mexico) oder von Ehrenstein (Dresden) (cfr. dessen Brief. Wien vom 7. Mai 1877 p. 85) geht Einem jedes Verständniss ab; will man an der Glaubwürdigkeit solcher Mittheilungen nicht zweifeln, so sieht man sich gezwungen, Selbsttäuschungen oder diagnostische Irrthümer zu substituiren. Um das Prioritätsrecht in der Anwendung der Elektrolyse bei Ovarientumoren streiten sich ausser den oben genannten noch Fieber (Wien) und Clemens (Frankfurt a/M). — Auf streng wissenschaftliche Experimente sich stützend kommt Ultzmann (Wien) zu folgendem sehr beherzigenswerthen Schluss. 1) Elektricität führt nie zu einer Radicalheilung eines Ovarientumors, 2) Elektrolyse ist weiter nichts, als eine protrahirte Methode einer schmerzhaften Punctur und keineswegs einer einfachen Punctur mit dem Troikar vorzuziehen, 3) die Elektrolyse schadet wahrscheinlich mehr, als sie nützt, welche Ansicht M. Beard (New-York) nicht abgeneigt ist, wenn auch nur bedingungsweise, zu unterschreiben. Hiermit nicht ganz im Einklang stehen die von Verf. gesammelten und gesichteten 51 Fälle von Ovarialtumoren, welche mit Elektricität behandelt wurden. Es

sind theils Originalmittheilungen theils Referate früherer Veröffentlichungen. Es ergiebt sich:

A. Heilung		in 25	Fällen.
B. Permanente Besserung		- 3	-
C. Zeitliche -		- 4	-
D. Negativer Erfolg		- 6	-
E. Nachtheiliger Ausgang	Peritonitis. Heilung	- 4	-
	- Tod	- 9	-

Also 19 Fälle von 51 (die 4 Fälle von zeitweiser Heilung nicht in Rechnung gebracht) oder 37,25 % mit ungünstigem Ausgang, in 28 Fällen oder 55 % Heilung oder constante Besserung.

Der anatomische Charakter des Tumors findet sich nur in 26 Fällen erwähnt, demnach ergiebt sich:

		Uniloccul. Tumor	Multiloccul. Tumor.
A. Heilung		5	5
B. Besserung		1	2
C. Zeitweise Besserung		—	2
D. Negativer Erfolg		1	3
E. Ungünstiger Ausgang	Peritonitis, Heilung	1	1
	- Tod	2	4

also bei multiloculären Tumoren 4 Todesfälle, während im ganzen 9 beobachtet wurden. Vergleicht man damit die Mortalitätsstatistiken von Spencer Wells, Graily Hewitt und anderer, so ergiebt sich, dass die Ovariotomie doch noch günstigere Resultate aufzuweisen haben würde, als die Elektrolysis. Verf. glaubt demnach (selbst wenn man sich von den Erfolgen der Elektrolyse für überzeugt hält), dass die Elektrolyse der Ovariotomie gegenüber vollkommen in den Hintergrund gedrängt und als Spielerei mit dem Leben der Kranken anzusehen sei. **Pott** (Halle).

---

2. **W. His** (Leipzig). Ueber Präparate zum Situs viscerum, mit besonderen Bemerkungen über die Form und Lage der Leber, des Pankreas der Nieren und Nebennieren, sowie der weiblichen Beckenorgane.

(Archiv für Anatomie und Physiologie — Anatomische Abtheilung 1878.)

Die Präparate sind theils direct nach der Natur genommene Abgüsse, theils eingehende Durcharbeitungen, für welche die Güsse den festen Anhaltspunkt gegeben haben. Verf. hatte sich zur Aufgabe gestellt, bei einer Anzahl von Leichen die Eingeweide der Brust-, Bauch- und Beckenhöhle in möglichst unveränderter Lagerung und bei fester Orientirung zum Scelet, schichtenweise zu präpariren und nach jeder neuen Freilegung einen Abguss der vorliegenden Fläche zu machen. In der Reihenfolge der also erhaltenen Güsse mussten sich die einzelnen Stücke gegenseitig controlliren, und es musste sich daraus die Möglichkeit ergeben, den Gesammtcomplex der Organe in völlig entsprechender Weise syntetisch wieder zusammen zu bauen.

Die Cadaver wurden hierzu mit Chromsäure injicirt, das Bindegewebe und die Muskeln werden hierdurch etwas ödematös ge-

schwellt, die Wandungen des Magens, des Darmes, der Blase sowie überhaupt alle muskelhaltige Behälter werden steif und behalten demgemäss auch nach ihrer Freilegung die vorige Form bei.

Es ist hier nur der Ort die Präparate der weiblichen Beckenorgane näher zu betrachten. Es wurden hierzu 4 Leichen verwendet.

Nach Herausnahme der Baucheingeweide aus dem zuvor schon eingegipsten Leichnam und sofern es wünschenswerth schien, nach Aufblasen des unteren Darmabschnittes wurde der obere Beckenzugang mit Gips ausgefüllt und nunmehr von der Seite her das Hüftbein blossgelegt, etwa fingerbreit neben der Schambeinfuge durchsägt und von dem übrigen Becken abgelöst; nach diesem wurden unter sorgfältiger Conservirung der Lagerungsverhältnisse die Organe präparirt.

1) 20jährige Virgo. Blase schwach gefüllt überragt die Symphyse kaum: Die Vaginalspalte oben durch den Blasenfundus, weiter unten durch die Ampulla recti beeinflusst, zeigt eine leichte Sförmige Krümmung. Das Collum uteri steigt in der Verlängerung des Scheidencanals nach rückwärts an. Der Körper ist um mehr als einen rechten Winkel vom Collum abgebogen und liegt mit seiner Vorderfläche der Blase auf. Die Tube bildet eine zweischenklige Schleife, ihr uteriner Schenkel steigt steil an, bis in die Höhe des Beckeneingangs, der abdominale hängt nach abwärts, und zwischen den beiden Schenkeln liegt das Ovarium. Der längste Durchmesser desselben steht nahezu vertical, mit dem uterinen, das Ligament aufnehmenden Ende, nach unten und leicht nach rückwärts, mit dem abdominalen nach oben und vorn sehend. Der Hilus ist nach vorn, der freie Rand nach hinten gerichtet; die laterale Fläche liegt unmittelbar der seitlichen Beckenwand an, die mediale berührt unten noch den Uteruskörper weiter oben den Tubenschenkel und das Rectum. Das gefüllte Rectum liegt mit seinem oberen Theil dem Uteruskörper auf, schmiegt sich mit seinem Mittelstück an das Collum an, die Ampulle berührt oben noch die Vaginalwand, rückt dann von ihr ab. Der obere Theil ist nach rechts, der mittlere nach links gebogen.

2) 20jährige Person. Uterus geschwellt, namentlich die Portio; frisches Corpus luteum; Schwellung der Schleimhaut (beginnende Schwangerschaft). Der Uteruskörper liegt ebenfalls nahezu horizontal. Der Hals läuft nicht in der Richtung der Scheide sondern liegt vor ihr, mit ihr einen Winkel von 70° bildend, während Corpus und Collum einen Winkel von 140° bilden, wir haben es also hier mit einer Anteversio, im ersten Fall mit einer Anteflexio zu thun. Ovarium wie im ersten Fall.

3) 25jährige skoliotische Person am Ende des dritten Schwangerschaftsmonates. Die Blase ist durch den Uterus nach abwärts gedrängt. Der Uterus liegt mit seinem nach rechts abweichenden und vorn überneigenden Körper auf derselben; er hat die obere Beckenapertur um 8 cm überschritten. Der Hals bildet mit dem Körper

einen Winkel von 135°. Das Ovarium ist nach rückwärts verschoben, so dass es unterhalb der Symphysis sacro-iliaca die hintere Beckenwand und mit seiner ganzen medialen Fläche das Rectum berührt; seine Stellung ist vertical. Die Tube macht eine S förmige Biegung, sie tritt erst neben dem Uteruskörper nach abwärts, dann erhebt sie sich unter rascher Umbiegung zum oberen Ende des Ovariums und umfasst schleifenförmig dessen vordere Fläche.

4) 30jährige Frau, 8 Wochen post partum. Der Uteruskörper liegt auf der Blase auf mit dem Collum einen Winkel von 110° bildend, jedoch so, dass der Blasengrund kaum noch mit dem Uterus in Berührung kommt und die Mündung des Ureters tiefer als die vordere Muttermundslippe liegt. Die von eitriger Flüssigkeit ausgedehnte Tube[1] läuft erst horizontal nach rückwärts und erhebt sich dann zur Höhe des oberen Ovarialrandes. Das Ovarium steht vertical.

In Bezug auf die Stellung des Uterus schliesst sich Verf. den von B. Schultze veröffentlichten Anschauungen vollständig an. Dagegen vermag er den Angaben desselben Autors in Bezug auf die Ovarien nicht vollständig beizustimmen. Uebereinstimmend ist die Anlagerung des Ovariums an die seitliche Beckenwand, und die vorwiegende sagittale Stellung der beiden Flächen. Dagegen ist der Breitendurchmesser (vom Hilus zum freien Rande) sagittal gelagert, der Längsdurchmesser vertical und nicht umgekehrt wie Schultze angiebt.

Von den Leichen ist 2 in verticaler, 1 und 4 in horizontaler, 3 in halbgeneigter Stellung eingeschlossen und präparirt worden; es scheint demnach die Stellung des Körpers keinen wesentlichen Einfluss auf die Lagerung der weiblichen Beckenorgane auszuüben.

Die vortrefflichen Abbildungen nach Photographien demonstriren alle diese Verhältnisse sehr gut. **Schellenberg** (Leipzig).

---

3. **D. Ott** (St. Petersburg). Die Drainage nach Laparotomie. Experimentelle Untersuchung.

(Medicinsky Westnik 1878. No. 51. 52. [russisch.])

O. stellt sich die Frage nach dem Werth der Methode überhaupt und besonders nach der Zeit, innerhalb welcher die Drainage wirksam sein kann. Die Versuche sind an Kaninchen in der Weise angestellt, dass das Drainrohr entweder quer durch die Bauchhöhle geführt wurde, oder durch den obern Theil der Linea alba hineinging und durch den unteren hinaus. Dabei lagen in der Bauchhöhle 8—10 cm des Drains, der überhaupt 40 cm lang war, so dass er über den Rücken des Thieres geknüpft und auch in der Bauchhöhle hin und her bewegt werden konnte. Darauf wurden zweimal täglich durch das Drainrohr Injectionen einer 2%igen Chlorlösung von 35° C. gemacht; vor jeder Injection wurde ein in dem Rohr liegen-

der Faden und das Rohr selbst um ein Paar Centimeter vorgeschoben. Bei allen Kaninchen floss in den ersten 1—2 Tagen seröse Flüssigkeit aus, deren Menge nicht bestimmt werden konnte, da die Thiere frei umherliefen; später hörte der Ausfluss auf, aber bei den Injectionen zeigte sich Eiter, dessen Menge allmälig wuchs und der nach 5—6 Tagen übelriechend wurde. Die Thiere starben zu verschiedenen Zeiten oder wurden getödtet, nachdem ihnen vorher Wasser mit Zinnober oder einer Lösung von gelbem Blutlaugensalz in das Rohr eingepritzt worden war. Aus seinen 22 Versuchen zieht O. folgende Schlüsse:

1. Die ersten Verklebungen um das Drainrohr bilden sich schon am nächsten Tage nach der Operation und umgeben gewöhnlich den grössten Theil des Rohres.

2. Frühestens in 3 Tagen ist das Drainrohr vollkommen von der Bauchhöhle isolirt.

3. Als Quelle der Eiterabsonderung aus dem Rohr ist das neugebildete Futteral anzusehen, da eitrige Peritonitis nicht vorhanden ist, wohl aber Abscesse im Gewebe der neugebildeten Kapsel gefunden werden.

4. Nur in den ersten 1—2 Tagen ist die Absonderung aus der Drainageröhre serös, wird dann eitrig und ihre Menge nimmt dann stetig zu (wenigstens bis zum 18. Tage).

5. Weder Verschieben des Drains, noch Einspritzungen in denselben verhindern die Bildung der isolirenden Kapsel.

6. Diese Kapsel hindert schon vom 3. Tage an jedes Eindringen von Injectionsflüssigkeit in die Bauchhöhle.

7. Von freiem Abfluss flüssiger Ansammlungen aus der Bauchhöhle durch den Drain kann schon einen Tag nach der Operation nicht mehr die Rede sein. —

Mit diesen Resultaten vergleicht O. ein paar hiesige Sectionsbefunde nach Ovariotomiem mit Drainirung des Douglas (Stoltz, Krassowsky), ferner diejenigen von Osowicki und Grenser, endlich die klinischen Erfahrungen von Spiegelberg, Olshausen etc., und findet sie vollkommen übereinstimmend. — Schliesslich zählt O. als Momente, die die Drainirung der Bauchhöhle überhaupt als gefährlich erscheinen lassen, folgende auf:

1. Die fortwährende Communication der Bauchhöhle mit der atmosphärischen Luft (Olshausen).

2. Mögliche Verletzung des Darmes durch das Troikar (mündliche Mittheilung von Spiegelberg).

3. Vorfall von Netz in die Fenster des Drains (Olshausen).

4. Die fortwährende Reizung durch Verschiebung des Rohres und durch die Injectionen.

Die Arbeit ist ausgeführt unter Leitung von Prof. Slawjänsky.

E. Bidder (St. Petersburg).

4. **G. Engel** (Budapest). Die Vaginitis granulosa mit Rücksicht auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

(Orvosi hetilap 1878. No. 17.)

Die meisten Frauen bezeichnen zu Ende ihrer Schwangerschaft genau den Zeitpunkt, wenn sie das Auftreten des Vaginal-Katarrhs wahrgenommen. Als erstes Zeichen gilt der vermehrte Ausfluss, Hitzegefühl in der Scheide, Harndrang mit Schmerzen beim Uriniren, kleinere Excoriationen am Frenulum und den Schamlefzen, ja sogar kleinere Condylome. Die Cutis am Damme ist durch das Secret entweder gelockert, mehr noch aber stramm und rigid geworden, so dass man im Vorhinein auf Verletzungen während der Geburt gefasst sein muss. Dabei ist die Vaginaluntersuchung schmerzhaft, die vergrösserten Gefässpapillen leicht blutend. Die Beobachtungen erstrecken sich auf 40 Geburtsfälle (33 Iparae, 5 IIparae und 2 multiparae), woraus erhellt, dass die Neigung zur katarrh. Erkrankung der Vagina bei Iparen eine viel grössere ist, während es scheint, dass bei den übrigen der chronische Process während der Schwangerschaft zum acuten wird.

Die erste Geburtsperiode wird verhältnissmässig verlängert. Verf. findet dies begründet in der bei Vaginitis häufig vorkommenden Rigidität der Muttermundsränder; die Blase springt meist vorzeitig, die Ränder ziehen sich durch den vorliegenden Kindstheil (Kopf) etwas verletzt zurück. Der schmerzhafteste Abschnitt der Geburt ist der mit der Dehnung der Vagina beginnende. Bis zum Eintritt der Drangwehen versucht die Kreissende noch die Bauchpressenwirkung zur Linderung der Schmerzen zurückzuhalten, doch von letzteren überwältigt, werden bald alle Kräfte angestrengt, und die Geburt erfolgt bei nicht genügend erweiterten äusseren Geburtswegen mit Verletzung dieser. Ist der Damm in Folge der Vaginitis stramm, so kann die Geburtsdauer ungemein verschleppt, ja sogar die Entwickelung mittelst Zange nöthig werden (in einem Fall 6, im andern $7^1/_2$ Stunden), eventuell muss das Ritgen'sche Verfahren in Anwendung kommen. —

Letzteres ist der seltenere Fall: Bei den 33 Iparen hat der Damm 21 Mal grössere und kleinere Abschürfungen (Quetschungen), in 10 Fällen Einrisse, davon 2 bis ins Rectum, erlitten. Die Austreibeperiode dauert in E.'s Fällen kaum je über 1 Stunde, gewöhnlich blos $^1/_4$ Stunde.

Nach der Geburt sind die Papillen platt gedrückt, der Epidermis beraubt und bilden wie der verletzte Cervicaltheil Angriffspunkte für etwaige Infection. 5 Mal fand eine stärkere Nachblutung statt.

Die Infectionsfähigkeit dieser Stellen wird dadurch bewiesen, dass in der Hälfte der Fälle der Verlauf des Wochenbettes ein fieberiger war (11 Mal in Folge von Puerperalgeschwüren, 8 Parametritis, 1 suppurative Peritonitis mit lethalem Ausgange).

Das Secret der Scheide dem Wochenflusse beigemengt, verleiht letzterem einen ätzenden Charakter und hat Erytheme zur Folge (in $^1/_4$ der Fälle mit 4tägigem Verlaufe). Doch ist die Erythembildung

nicht auf Faulungsprocesse zurückzuführen, und wurde durch prophylaktische Carbolwasser-Irrigationen (2 %) hintangehalten. Der allgemeine Involutionsvorgang erstreckte sich auch auf die Vaginitis, die mit dem Ende des Puerperiums gewöhnlich gänzlich schwindet. Ob die Heilung eine vollständige ist, wäre nach E. eine noch offene Frage.

Das Secret der Vaginitis bringt die Blenorrhoea neonatorum hervor und wurde in 15 Fällen mit einer Incubationsdauer von 4 Tagen — was den Beobachtungen Schiess' mit 5 Tagen entspräche — bemerkt.

Während der letzten Fälle ist E. auf das Vorkommen von »Soor« bei Neugebornen der an Vaginitis gr. Erkrankten aufmerksam geworden. Im Vaginalsecret wurde Oidium albicans gefunden, das nach Haussman auf die Mundschleimhaut Neugeborner verpflanzt »Soor« ergiebt. **Elischer** (Budapest).

---

5. **H. P. C. Wilson** (Baltimore). Ferrum sub-sulphuricum als antiseptisches Mittel bei Beckenoperationen.

(Verhandl. der Americ. Gesellschaft für Gynäkologie p. 306.)

Verf. empfiehlt dieses Mittel als Monsell's Lösung (ferrum sulph., ac. nitricum und sulphuricum und Wasser) 1 Theil auf 3 Theile Glycerin, ebenso sehr als Antisepticum als auch als Stypticum zur Bepinselung der Wundfläche nach allen Operationen am weiblichen Becken und erwähnt unter mehr als 100 Operationen verschiedener Art 4 Ovariotomien mit zahlreichen Adhäsionen, deren Ansatzstellen an Peritoneum, Leber, Magen u. s. w. er mit dieser Lösung bepinselte und rasche Heilung erzielte. In keinem Falle, wo er das Mittel anwendete, trat Septikämie ein. Die Verbindung mit Glycerin verhindert die bei der wässrigen Verdünnung gewöhnliche Bildung von harten Gerinnseln. **P. F. Mundé** (New-York).

---

6. **P. Thomas** (Paris). Ein neues Embryotom.

(Progrès méd. 1878. No. 36.)

Das Embryotom von Thomas besteht aus 2 Branchen, 2 Fischbeinen und einer Säge. Die vordere Branche besitzt eine leichte Krümmung ihres uterinen Theils, welcher nach vorn von dem Fötus zu liegen kommt. In ihrer ganzen Länge ist sie von einem an der innern Fläche des uterinen Theils geöffneten Canal durchzogen, dessen oberes Ende das correspondirende Stück der hinteren Branche in sich aufnimmt. Der extrauterine Theil derselben ist gerade, seine innere Fläche ist glatt und entspricht genau der inneren Fläche der hinteren Branche; eine halbkreisförmig ausgeschnittene Auftreibung articulirt mit der Schraube der hinteren Branche. Diese ist ebenfalls von einem Canal durchzogen, welcher an dem uterinen Theil der Branche nach innen geöffnet ist. Dieser uterine Theil besitzt eine starke der Höhlung des Kreuzbeins entsprechende Concavität. Befinden sich die Branchen in Articulation, so begrenzen sie einen Raum von 9 cm

Querdurchmesser. Der extrauterine Theil der hinteren Branche ist ebenfalls gerade, legt sich mit seiner inneren (vorderen) Fläche genau an die innere (hintere) Fläche der vorderen Branche und wird durch eine an der Grenze des ersten und zweiten Drittels des Instruments befindliche Schraube festgehalten, so dass nur noch eine seitliche Bewegung der beiden Branchen nach links und rechts stattfinden kann. Diese wird aufgehoben durch das Schliessen eines metallenen Halbrings, welcher am unteren Ende des Instruments beide Branchen umfasst.

Von den beiden Fischbeinen ist das eine das Sicherheitsfischbein, welches den Canal der hinteren Branche durchläuft und am oberen Ende derselben mittelst eines Elfenbeinknopfes den Eingang in den Canal so lange verschliesst, bis es zurückgezogen wird, um dem Eindringen des andern, des Leitungsfischbeins, welches durch die vordere Branche kommt, Platz zu machen. Um das Einführen dieses Fischbeins zu erleichtern, ist an einem Ende ein metallener Stiel mit Ring angebracht. Das entgegengesetzte Ende besitzt ein Oehr zur Befestigung eines Fadens, an welchem seinerseits eine Drahtsäge angebracht wird. An einer Stelle des Leitungsfischbeins befindet sich eine Marke, welche anzeigt, dass das Fischbein von dem Canal der vorderen in den der hinteren Branche übergeht.

Durch den Canal beider Branchen lässt man entweder nur eine Schnur passiren oder eine Drahtsäge. Diese besteht aus einer Schnur, um welche ein dünner Eisendraht derart spiralförmig aufgerollt ist, dass der Zwischenraum zwischen 2 Touren einige Zehntel Millimeter beträgt. Jede solche Spirale thut den Dienst des Zahns einer Säge.

Die Handhabung des Instruments geht aus dessen Beschreibung hervor.

Verf. hat bei seinen, bis jetzt nur am Phantom mit kindlichen Leichen angestellten Versuchen nie eine Unzulänglichkeit des Instruments beobachtet. **Engelhorn** (Winnenthal).

---

7. **Morgan** (London). Neuer Zugapparat für Geburtszangen.

(Brit. med. Journ. 1878. Juni 29.)

Verf. hat den mit Tarnier's Zange (cfr. Centralbl. für Gynäk. 1877 p. 38, 1878 p. 423) unbeweglich verbundenen Zugapparat isolirt dargestellt, so dass er sich an jeden langen gekrümmten Forceps in situ wieder anlegen und abnehmen lässt. Die Tarnier'schen Zugstiele sind hier einfach zwei lange Stahlhaken, die von aussen nach innen in die Fenster der angelegten Zange eingehakt werden, unter die Branchen der letzteren zu liegen kommen und um ein gutes länger als diese sind. Die Zangenbranchen hält Verf. mit einem Gummiringe zusammen und zieht nun an dem nach unten in einem Ringe endigenden Haken; weitere Application dann wie bei Tarnier. Verf. spricht sich über seinen, billigst durch Maw Son and Thompson Altersgate Street 12 London zu beziehenden Apparat befriedigt aus.

Herdegen (Stuttgart).

---

8. Delore. Biegsamer Haken.

(Annales de Gynécologie 1878. August.)

Verf. empfiehlt, um den Unzuträglichkeiten, welche beim Gebrauch der gewöhnlichen unbiegsamen Haken vorkommen, zu entgehen, biegsame anzuwenden. Nur für bestimmte Zwecke, z. B. Decapitation muss natürlich die bisherige Form beibehalten werden.

Schellenberg (Leipzig).

---

9. Dukes (London). Unterleibstumoren und das Microphon.

(Brit. med. Journ. 1878. Juni 22.)

Verf.'s Resultate sind bis jetzt negativ. An einer zweifellos mit einem lebenden Kinde schwangern Frau vernahm er mit dem Microphon das Placentargeräusch deutlich, die Herztöne nicht, da die Respirationsbewegungen in dem Instrumente zu viel Geräusch erzeugten. Auch bei angehaltenem Athem waren die Herztöne verdeckt, nach Verf.'s Ansicht durch in den Bauchwandungen entstehende Muskelgeräusche. Herzschlag und Radialpuls waren deutlich im Microphon zu hören. Auch mit einem anderen stethoskopartig construirten Instrumente gelang es ihm bis jetzt nicht fötale Herztöne zu auscultiren.

Herdegen (Stuttgart).

---

10. Krug (Chemnitz). Grundzüge einer rationellen Kinder-Diätetik für das erste Lebensjahr.

Leipzig, **Otto Wigand,** 1878.

Das vorliegende Schriftchen unterscheidet sich sehr zu seinem Vortheil von der grossen Zahl populärwissenschaftlicher Werke über diesen Gegenstand, welche die Ueberproduction der letzten Jahre hervorgebracht hat. Mit Form und Inhalt kann man sich, einiges Wenige ausgenommen, vollständig einverstanden erklären; überall erkennt man den tüchtigen Praktiker.

Auf die Details einzugehen ist wohl in diesen Blättern nicht der Ort. Ich möchte nur erwähnen, dass die Einleitung (§ 1—15), und der Abschnitt über die Diätetik der erwachenden Sinnesthätigkeit durch bedeutende Kürzungen wesentlich gewinnen würden; auch in dem Capitel über die Pflege der Frühgeborenen möchte ich mehr der Initiative des Arztes überlassen wissen.

Schellenberg (Leipzig).

---

11. Bufalini (Siena). Ueber den Bau des Rückenmarks des Fötus. (Zweite vorläufige Mittheilung[1]).

(Lo Sperimentale 1878. Sept.)

Die schönsten Präparate erhielt Verf. durch Färbung mittelst doppeltchromsaurem Kali und Silbersalpeter. Die Untersuchungen wurden an Schweine-, Lamm- und Kalbsfoeti von verschiedenem Alter

[1]) Siehe Centralbl. für Gynäk. 1878, No. 3.

gemacht. Verf. fand, dass man Ende des ersten Drittels des Intrauterinlebens an jedem Rückenmarke schon vordere, hintere und seitliche Stränge von weisser Substanz unterscheiden könne; dann vordere und hintere (graue) Hörner; ausserdem noch eine vordere und eine hintere mediane Rinne; den Medullarcanal und zuweilen auch Commissuren.

Die weissen Stränge zeigen ein Stützgewebe (Stroma) ähnlich dem erwachsener Individuen; in diesem Stroma unterscheidet man oft Nervenfasern. Die vorderen grauen Stränge enthalten grosse Ganglienzellen. Der Medullarcanal zeigt schon sein charakteristisches Epithel und sein feines Stützgewebe. **Liebman** (Triest).

---

12. **Cuffer** (Paris). Untersuchungen über die Veränderungen des Blutes bei einigen Krankheiten der Neugeborenen.

(Revue mensuelle 1878. No. 7.)

C. hat sich mit Zählungen der Blutkörperchen bei Krankheiten der Neugeborenen beschäftigt. Er constatirte bei den trophischen Störungen (Athrepsie, Parrot) eine rasche Vermehrung der rothen Blutkörperchen, sobald diese Störungen einen acuten Charakter angenommen hatten. Diese Zunahme war besonders dann eine sehr rapide, wenn zugleich Diarrhoe bestand. Auch die Zahl der weissen Blutkörperchen fand er vermehrt, indessen stand ihre Zunahme in keinem Verhältniss zu derjenigen der rothen. Nehmen die trophischen Störungen einen mehr chronischen Verlauf, so findet eine zunehmende Verminderung der rothen Blutscheiben statt. Diese Thatsache hat diagnostischen und prognostischen Werth. Je mehr die Zahl der Körper von dem normalen Durchschnittswerth abweicht, desto schwerer ist die Erkrankung, unmittelbar vor dem Tode ist die Verminderung respective die Vermehrung am grössten.

Bei hereditärer Syphilis beobachtete er entsprechend dem Grade der Anämie eine Verminderung der Zahl und zuweilen auch eine abnorme Blässe der rothen Blutkörperchen, erstere machte jedoch sofort einer Vermehrung Platz, sobald die Symptome der Lues an Intensität abnahmen. Eine Zunahme der Körperchen fand aber auch trotz schwerer syphilitischer Affectionen statt, sobald ein Durchfall die Krankheit complicirte. Ueber das Verhalten der weissen Blutkörperchen liess sich keine Regel aufstellen.

Die bei Diphtheritis vorgenommenen Zählungen liessen keine wesentlichen Abweichungen von den normalen Werthen erkennen.

Runge (Berlin).

---

13. **Weisl** (Prag). Die antiseptische Behandlung während des Wochenbettes etc., besprochen für Hebammen.

Prag, **Grégr & Dattel,** 1878. 25 S.

W. nahm Veranlassung zur Herausgabe dieses Büchleins in dem Umstande, dass nach ihm in Prag erst auf einer Abtheilung seit wenigen Jah-

ren die antiseptische Wochenbettsbehandlung eingeführt ist; es ist jedoch dem Ref. aus der Einleitung nicht ersichtlich geworden, ob die Schrift mehr für die Hebammen bestimmt ist, die praktisch diese Behandlung bereits während ihrer Lernzeit mit durchgemacht haben oder für die älteren, welche diese Behandlung noch gar nicht kennen; »die älteren Hebammen kennen dieses Verfahren kaum dem Namen nach und nur die jüngst gebildeten Hebammen hatten Gelegenheit, diese Behandlungsweise mit anzusehen und mit zu beobachten. Aus der Reihe der Letzteren dürften sich kaum Einzelne darüber klar geworden sein, dass dieses Verfahren nicht allein für die im Gebärhause Entbundenen bestimmt ist, sondern dass sie auch bei ihren privaten Wöchnerinnen diese auf die grösste Reinlichkeit hinzielende Behandlungsweise anwenden müssen. Da Jedermann nur das pünktlich und willig zu befolgen geneigt ist, wovon er die Ursache kennt, so glaube ich damit die Zweckmässigkeit dieses Büchleins angedeutet zu haben«[1]. — Soll also dieses Buch ein Repetitorium von früher Gelerntem und praktisch Durchgemachtem, bezugsweise ein Leitfaden für den Unterricht sein, so wird es seinen Zweck erfüllen, eine Hebamme jedoch, welche der gedachten Wochenbettsbehandlung fern steht, wird das Buch zum Theil nicht verstehen, zum anderen Theil nie die Exactität lernen, die unbedingt nothwendig ist, wenn eine solche Behandlung nützen soll. Eine desinficirende Behandlung der Wöchnerinnen schlecht, methodelos und halb ausgeführt, ist viel schädlicher als gar keine Behandlung.

Die Form ist knapp und präcis, die Anordnung des Stoffes im Katechismusstil gegeben: 26 Fragen mit Antworten, als Anhang die Behandlung des Nabels des Neugeborenen. Die ersten Abschnitte handeln über Wesen, Entstehung und Verbreitung des Kindbettfiebers, über die Uebertragung durch Wunden, dabei Recapitulation der Regeln von der Verhütung der Wunden, Dammschutz etc. Dann folgen Paragraphen über Antisepsis, Prophylaxe, Reinlichkeit; ausführliche Anweisung zur Ausführung von Scheidenirrigationen, Behandlung von Wunden der Vulva. 2 Holzschnitte, einen Spray zur Desinficirung des Wochenzimmers und einen Irrigator darstellend, sind beigegeben. Aussetzungen an relativ irrelevanten Mängeln der Form und Darstellung mögen unterlassen bleiben, es sei nur Folgendes herausgegriffen: pag. 6 »verläuft die Krankheit unter dem Bilde der Vergiftung des Blutes mit Eiter (Pyämie), Vergiftung des Blutes mit Jauche (Ichorrhämie), mit faulenden Stoffen (Septikämie).« Wozu diese alte Nomenclatur aufrecht erhalten, da durch sie an Uebersichtlichkeit gar nichts gewonnen wird; in dieser Fassung enthält sie noch dazu die gröbsten Falsa.

pag. 6 ff.: die »Selbstinfection« ist zu breit besprochen und zu sehr hervorgehoben, diese Hinterthür für ihre Verantwortlichkeit braucht die Hebamme kaum zu kennen.

---

[1] Das einzig Richtige würde sein, dass populäre Schriften nur von ärztlichen Vereinen im Wortlaut festgestellt und unter Collectivverantwortung herausgegeben würden. (Red.)

pag. 8. Zur Erläuterung der Incubation ist das Beispiel mit der Blatternimpfung ungünstig gewählt, es könnte das leicht zu Missverständnissen und zur Befestigung von Vorurtheilen gegen das Impfen im Publikum führen. Fremdwörter wie disponiren, Intervention etc. sind wohl entbehrlich.

Der Passus pag. 14 am Ende compromittirt die Gebäranstalten ganz unnöthig.

pag. 22: es ist gefährlich und deshalb unstatthaft, dass das Mutterrohr bei geschlossenem Hahn in die Scheide eingeführt wird, die Hebamme hat dies zu thun während der Strahl läuft.

Küstner (Jena).

---

14. **R. Cory** (London). Bericht über die geburtshülfliche Abtheilung des St. Thomas Hospitals, 1876 und 1877.

(St. Thomas Hospital Reports Vol. VIII.)

Im Jahre 1876 wurden 1615 Frauen in ihrer Behausung entbunden, worunter 13 Zwillingsgeburten. 68 Mal wurde die Zange angewendet, davon 28 primiparae, sämmtliche genasen. Ausserdem kamen 10 Wendungen bei Schulterlagen vor. 4 Mal wurde Eisenlösung wegen Blutung in die Gebärmutter eingespritzt, alle genasen. Nur 3 Mütter starben an septischer Peritonitis, eine 4. nach 2 Monaten an Phthise.

Im Jahr wurden 1733 Frauen entbunden, mit 11 Zwillingen, 59 Mal Zange, worunter bei 23 primiparae, Wendung 11 Mal, 4 Fälle von Placenta praevia. Unter allen diesen kein Todesfall. Ebenso wurde 10 Mal mit Erfolg von Injection einer Eisenlösung in den Uterus Gebrauch gemacht. 6 Mütter starben, 2 an Puerperalfieber, eine an Convulsionen, 2 an Blutungen und eine plötzlich.

Einmal wurde eine erfolgreiche Transfusion gemacht. 4,21 % der Kinder waren todtgeboren. **Underhill** (Edinburg).

---

15. **G. J. Engelmann** (St. Louis). Die Hystero-Neurosen, besonders die Hystero-Neurose des Magens.

(Verhandl. der Americ. Gesellschaft für Gynäkologie p. 199.)

Unter Hystero-Neurosen versteht Verf. jene Erscheinungen, welche eine Erkrankung eines Organs simuliren ohne durch Structurveränderung desselben bedingt zu sein, und welche das Resultat einer Reflexbewegung, einer sympathischen Hyperästhesie sind, welche auf Gebärmutterstörung beruht und nur durch Behandlung dieser letzteren beseitigt werden kann. Dieselben sind nicht mit Hysterie zu verwechseln, welche Verf. unter die cerebro-spinalen Affectionen zählt. Nach längerem Bestehen kann die Neurose eine Structurveränderung des von ihr ergriffenen Organs hervorrufen, und dann wird das anfangs simulirte Krankheitsbild ein wirkliches. Die verschiedenen Formen sind: Hystero-Neurosen des Gehirns, des Auges, des Pha-

rynx, des Larynx, der Bronchien, der Brüste, der Gedärme, der Gelenke; und endlich die häufigsten, des Magens, welche Verf. in constante oder wirklich pathologische Hystero-Neurosen des Magens in menstruelle und Schwangerschafts-Hystero-Neurosen des Magens theilt. Alle diese Formen werden durch Fälle illustrirt, wie sie meistens jedem beschäftigten Gynäkologen vorgekommen, aber vielleicht nicht in ihren causalen Beziehungen hinreichend gewürdigt worden sind. Unter Anderem berichtet Verf., dass von 174 Frauen im weiblichen Hospitale in St. Louis, welche wegen dieser Erscheinungen befragt wurden, 64 oder 36 % an der menstruellen Hystero-Neurose des Magens (Jodinjection, Blähung, Uebelkeit, Erbrechen) litten. Von diesen wurden 16 an Uterinleiden behandelt.

P. F. Mundé (New-York).

---

16. **Cohnstein** (Heidelberg). Gynäkologische Studien.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 16, 18, 20, 23, 27, 31, 36.)

Unter diesem Titel veröffentlicht Verf. eine Reihe von Aufsätzen, die in zwangloser Form eine Reihe der fachlichen Fragen behandeln.

In No. 1 dieser Aufsätze weist der Verf. darauf hin, dass die grösste Zahl der Frauenkrankheiten ihren Ursprung in dem Geburtsacte haben. Er plaidirt lebhaft dafür, dass dem Geburtsacte die grösste Aufmerksamkeit geschenkt werde, und dass die Wöchnerinnen länger, als wie fast allgemein üblich, in den öffentlichen Anstalten gehalten werden. Daran schliessen sich einige Bemerkungen über die Behandlung des Abort's an. Verf. ist für das active Vorgehen, er scheut aber die Auslöffelung der Eireste, wie sie Boeters empfohlen hat.

No. 2 handelt über die Menstruation.

No. 3 über die Menopause. Die Menopause tritt nicht selten nach heftigen Gemüthsaffecten, eingreifenden Schädlichkeiten zur Zeit der Periode, erschöpfenden Puerperien, Aborten, Krankheiten plötzlich ein. Die frühzeitige Menopause kann zu Entzündungs-, Congestivzuständen in den Eierstöcken und deren Umgebung führen; sie kann möglicher Weise ein ätiologisches Moment für die Bildung von Eierstockgeschwülsten abgeben.

No. 4 handelt über Hysterie, als causales Moment werden besonders die erkrankten, oft seitlich neben dem Uterus und in den Douglas'schen Raum dislocirten Ovarien angesehen. Verf. übte die besonders von Charcot empfohlene Compression der Ovarien in dazu geeigneten Fällen öfter mit günstigem Erfolg.

In No. 5 konnte sich Verf. von einem unmittelbaren Einfluss der klimakterischen Zeit auf die Entwicklung des Carcinoma colli uteri nicht überzeugen. Er schenkt den tiefen Ulcerationen und papillären Geschwüren in dieser Zeit grosse Aufmerksamkeit und behandelt sie, wie auch andere Aerzte, sehr energisch mit Löffel und Glüheisen.

No. 6 handelt über Sterilität. Verf. hält es für nothwendig ehe man die Frau an Conceptionshindernissen behandelt, das Sperma des Mannes zu untersuchen.

No. 7 behandelt die Erblichkeit vieler Frauenkrankheiten. So sei die Erblichkeit bei Beckenfehlern constatirt (Schröder, Michaelis); auch Zwillingsschwangerschaften erben sich durch ganze Generationen durch. Nicht selten erben sich auch grosse und kleine Schädel fort und Verf. ist geneigt aus den Schädelmaassen der Mutter einen annähernden Schluss auf die des Kindes zu ziehen. Auch beim imperforirten Hymen spielt die Erblichkeit eine Rolle, so führt Magde unter andern an, dass von einer Frau 4 Töchter mit dieser Anomalie und 2 Söhne mit Phimose geboren wurden. Abweichend sind die Ansichten über den erblichen Einfluss des Carc. uteri. Unter 326 von Gusserow zusammengestellten Fällen konnte nur 34 Mal Erblichkeit nachgewiesen werden. **Bandl** (Wien).

Casuistik.

17. **P. Müller** (Bern). Ueber Exstirpation des Uterus.

(Vortrag gehalten auf der schweizerischen Naturforscherversammlung zu Bern am 11. August 1878. — Correspondenzbl. für schweizer. Aerzte 1878. No. 20.)

1. 48jährige Nullipara, früher stets gesund; Menses regelmässig, stark, seit 2 Monaten ausgeblieben. Seit 11 Jahren Gebärmuttervorfall, der durch Pessarien nicht ganz zurückgehalten werden konnte. — Magere, nicht anämische Frau. Ueber dem kleinen Becken ein stark kindskopfgrosser, runder, harter, platter Tumor, der 6 cm über den Nabel reicht, sich wenig nach oben und stark nach den Seiten verschieben lässt. Vordere Vaginalwand prolabirt; nach Entfernung eines grossen Korkringes mittelst der Zange tritt ein über faustgrosser Tumor vor die äussern Genitalien, der von dem grössten Theile des Uterus und der ganzen vorderen Scheidenwand mit der Blase gebildet wird. Jauchiger Ausfluss, im Scheidengewölbe blutende Geschwüre. Die Sonde dringt 19 cm weit etwas nach hinten und links in die Gebärmutter. Der Uterusgrund scheint von der Geschwulst abhebbar und es wird deshalb die Diagnose auf eine vom Ovarium oder Lig. latum ausgehende Geschwulst mit beträchtlicher Elongation und Prolaps des Uterus gestellt. Die Aussicht auf Radicalheilung des Prolapsus giebt die Indication zu der am 4. Juni ausgeführten Operation: Unter Spray 10 cm lange Incision; keine Adhäsionen; Tumor durch Punction nicht zu verkleinern, als Fibromyom erkannt, das von der vorderen Wand des Uterus ausgeht. Verlängerung der Bauchwunde bis zum Nabel, hierauf leichte Herausbeförderung des Tumors. Der Uterus wird mit den Ligamenten, aber ohne Ovarien in eine Klammer gefasst, die der Spencer Wells'schen ähnlich, nur 3 Mal grösser und kräftiger construirt ist. Abtragung des Corpus uteri. Naht der Bauchwunde mit vielen das Peritoneum mitfassenden Nähten. Lister'scher Verband. — In der folgenden Zeit Temperatur nie über 38°. Dagegen hohe Frequenz und öfteres Aussetzen des Pulses. Am 15. Tage zeigt sich die der Klammer am nächsten liegende Naht ausgerissen, und ein Stück Dünndarm zu Tage liegend, das sich in der nächsten Zeit mit Granulationen überzieht. Am 16. Tage Abfallen der Klammer, der Douglas'sche Raum mit einem starken Exsudate ausgefüllt, das allmälig unter Diarrhöen zurückgeht. Jetzt feste Narbe der Bauchwunde; Rest des Uterus an der Bauchwand angelöthet, Sonde 4 cm weit einführbar.

2. 57jährige Frau, die stets regelmässig menstruirt gewesen ist und 2 Mal, das letzte Mal vor 29 Jahren, geboren hat. Vor 3 Jahren Menopause, seit 2 Jahren anhaltend blutiger Ausfluss. — Pat. ist blass und mager; Port. vag. klein; in den retroflectirten Uterus dringt die Sonde 7 cm weit ein; die Höhle ist geräumig, das Corpus etwas vergrössert. Digitaluntersuchung nach Pressschwammerweiterung ergiebt im Fundus etwas nach rechts eine haselnussgrosse, weiche Geschwulst, die mit dem Löffel entfernt wird und aus Blutgefässen, Drüsenschläuchen und Binde-

gewebe besteht. Nach der Löffelung, intrauterine Injection von Carbolsäure und Jodtinctur mehrere Wochen Wohlsein, dann neue Blutungen. Wieder Eröffnung und Exploration, wobei der Finger über dem Os internum auf eine stark wallnussgrosse, weiche, dem Fundus breit aufsitzende Geschwulst stösst, die sich dem Os internum auf $1^1/_2$ cm nähert. Da das Abgekratzte sich als Sarkom erweist und der rasch wachsenden Neubildung auf andere Weise nicht beizukommen ist, wird die Exstirpation ausgeführt: Durch die in den Uterus geführte Sonde wird derselbe gegen die Bauchwand gedrängt. Unter Spray 8 cm langer Bauchschnitt, wobei das Mesenterium einer vorn liegenden Dünndarmschlinge verletzt wird (mehrere Catgutnähte). Mittelst der Sonde gelingt es nicht den Uterus aus der Bauchwunde zu drängen, weshalb derselbe an 2 durch den Fundus gelegten Fadenschlingen herausgezogen wird. Anlegung der vergrösserten Klammer um den untern Theil des Uterus sowie die beiden Ligamente und Abtragung. Da in der Schnittfläche noch krankes Gewebe liegt, so wird dasselbe ausgeschnitten und geätzt, der Wundrest oberhalb der Klammer genäht. Nachbehandlung wie bei Ovariotomie, Entfernung der Klammer am 15. Tage. Heilung.

3. Pat. ist 58 Jahre alt, hat 1 Mal geboren. Menses seit dem 13. Jahre alle 3 Wochen, je 5—6 Tage dauernd. Menopause seit dem 50. Jahre; seit $1^1/_2$ Jahren übler Ausfluss, kein Blut. — Starke Abmagerung und Blässe. Kindskopfgrosser, ovoider, harter, glatter Tumor, der bis zum Nabel reicht, nach den Seiten beweglich ist und tympanitisch schallt. Die Port. vag. bildet einen breitbasigen Kegel, der Tumor hängt mit demselben zusammen. Durch den dilatirten Cervix dringt der Finger auf einen weichen, unregelmässigen Tumor, der die Cervicalhöhle auf mehrere Centimeter weit dilatirt und an der Mitte der Wand festsitzt. Die Untersuchung ergiebt Carcinom. Unter Fieber in nächster Zeit Zerfall der Neubildung, am 25. Juli: Unter Andrängung des Uterus mittelst der Sonde an die Bauchwand. Incision vorn, Nabel bis zur Symphyse, Herausziehen des Uterus an 3 Fadenschlingen, wobei aus den Stichstellen jauchige Massen und übelriechende Gase abgehen. Sehr mühsame, möglichst tiefe Anlegung des Maisonneuve'schen Constricteurs ohne Erfolg, da die Schlinge in das Kranke zu liegen kommt. Deshalb und wegen einer Blutung aus dem durch die Schlinge eingerissenen Cervix wird das Freund-sche Verfahren gewählt. Nachdem die Gedärme, in eine Decke gehüllt, in die Höhe geschlagen sind, wird von der Vagina aus der Cervix von allen Seiten umstochen und aus den durchgeführten Seidenfaden Schlingen gebildet, die in der Bauchhöhle geknüpft werden. Hierauf Stehen der Blutung, so dass vom Cervix alles Kranke abgetragen werden kann und nur noch die dilatirte Vaginalportion als Diaphragma zwischen Vagina und Bauchhöhle übrig bleibt. Das von der vordersten Schlinge mitgefasste Stück Blase wird mit entfernt, die schlingenbildenden Fäden durch das Os externum in die Vagina geleitet und hierdurch ein vollständiger Verschluss der Vagina erzielt.

Der abgetragene Uterus bildet eine von jauchigen Carcinommassen angefüllte, unregelmässige Höhle. — Nach der Operation anfänglich starke Blasenbeschwerden, Temperatur nie über 37,6°, Puls nie über 108. Bildung eines Abscesses im unteren Theile der Wunde und eines Exsudates im Douglas'schen Raume, Oedem des linken Beines durch Unterbindung der Beckenvenen. Dennoch ist Pat. am 17. Tage in voller Reconvalescenz.

4. Hochgradig osteomalakisch verengtes Becken. Kaiserschnitt. Exstirpation des Uterus. Heilung siehe Centralblatt für Gynäkologie 1878. No. 5. —

Hierzu kommt noch nachträglich:

5. 49jährige, nicht verheirathete Person. Menses bis vor 7 Jahren regelmässig. Seit 4 Jahren Prolaps. Vollständiger Vorfall des Uterus, in den die Sonde 18 cm weit eindringt. Zwei nussgrosse Fibromyome am Corpus. — Operation am 23. August: Incision unter Vordrängen des Uterus mit der Sonde, Vergrösserung der Incision wegen der Fibroide, Vorbringen des Uterus mittelst der Sonde und einer Schlinge. Anlegung der modificirten Klammer, Abtragung des Corpus uteri sammt den Fibroiden. Besondere Naht des Peritoneum im oberen Theile der Wunde. Temperatur nie über 38,0°, anfänglich starker Brechreiz, am 1. und 2. Tage Blu-

tung aus dem Stumpfe. zuweilen durch festeres Schliessen der Klammer gestillt. Am 5. Tage Infiltration der oberen Wundränder; auf Druck etwas Eiter. Am 10. Tage (Zeit der Berichterstattung) Klammer noch liegend. Oertlich und allgemein sehr befriedigender Zustand. —

Wenn auch bei dem günstigen Resultate dieser Serie von Operationen der Zufall betheiligt gewesen sein mag, so spricht doch schon der Umstand, dass in allen Fällen das operative Verfahren, trotz ungünstiger Umstände, gelungen ist, für die Berechtigung der Operation.

Die Fälle 2 und 3 sind wohl die ersten, wo wegen Sarkom und Carcinom des Corpus uteri die Exstirpation des Organs vorgenommen wurde. Bei der absolut schlechten Prognose dieser Fälle ist jeder Versuch zur Lebensrettung indicirt. Contraindicirt ist die Operation wenn die Neubildung auf Blase, Mastdarm oder das parametrane Gewebe übergegangen ist, wenn schon Carcinom anderer, unzugänglicher Organe nachweisbar ist oder wenn der carcinomatöse Uterus mit Nachbarorganen innig verwachsen und eine Trennung im Gesunden unmöglich ist.

Bei Fibroiden ist die Exstirpation des Uterus nur dann indicirt wenn durch rasches Wachsthum und beträchtliche Grösse local bedenkliche, die Functionen der Abdominal- und Brustorgane störende oder den Lebensgenuss wesentlich beeinträchtigende Symptome entstehen, bei kleinen Tumoren wenn dieselben öftere Peritonitis, Compression der Blase und des Mastdarms, oder öftere Blutungen verursachen und wenn diese Störungen nicht durch eine mildere Therapie zu beseitigen sind. — Contraindicirt ist die Operation bei Fibroiden, die vom unteren Theile des Uterus ausgehen, sich in beide Mutterbänder ausbreiten und das kleine Becken verlegen. Die Gefahr von Verletzung der Nachbarorgane, der oft sehr heftigen Blutungen und der Bildung einer sehr grossen Wundfläche, für die man keine Bedeckung hat, ist hier allzugross und der Tod durch Shok zu befürchten. Es dürfte in solchen Fällen eher die Exstirpation der Ovarien indicirt sein.

Bei dem Falle von Combination von Fibroid und Prolapsus war der letztere das zur Operation bestimmende. Wie in den Fällen von Thomas, Koeberlé und Kaltenbach half auch hier die Laparotomie zur Aufhebung einer sehr störenden Lageveränderung. Die Frage, ob auch uncomplicirte Fälle von Prolapsus auf diese Weise einer Radicalbehandlung dürfen unterzogen werden, ist für die Fälle zu bejahen, wo die Kolporrhaphie nach mehreren Versuchen nicht zum Ziele geführt hat. Von dem Vordrängen des Uterus mittelst der Sonde verspricht sich überdies Verf. sehr viel, weil hier auch der Bauchschnitt auf ein Mininum reducirt werden kann und somit die Gefährlichkeit der Operation abnehmen muss.

Die Exstirpation des Uterus sammt Ovarien nach Kaiserschnitt ist in allen Fällen angezeigt, wo der Kaiserschnitt nöthig ist, da es sich meist um eine Beckenanomalie handelt, welche die Pat. bei der nächsten Geburt wieder der gleichen Gefahr aussetzt. Blutung und septische Infection können bei der Operation fast ganz vermieden werden.

Die vom Verf. angewandte Klammerbehandlung des Stiels hat sich bewährt; sie hat den Vortheil, dass sie den Stumpf länger als z. B. der Constricteur mit der Bauchwunde in Verbindung erhält. Auch bei der Sectio caesarea hätte Verf. dieselbe angewendet, wenn er sie damals besessen hätte. Sie ist indicirt, wenn der Stiel nicht zu dick und der Uterus vorziehbar ist. Bei zu dickem Stiele wären Hegar's gekreuzte Längsnadeln zu gebrauchen, bei zu kurzem Stiele die Drahtschlinge. Erstreckt sich eine Neubildung bis zum Cervix oder ist sie von der Portio vaginalis aus aufwärts geschritten, so hat man in der Freund'schen Operation ein vortreffliches Verfahren. — **Oeri** (Basel).

18. **Gusserow** (Berlin). Ein Geburtsfall bei gespaltenem Becken.

(Berliner klin. Wochenschrift 1879. No. 2.)

Am 17. Nov. 1878 wurde kreisend ein Mädchen in der Charité aufgenommen, welches den charakteristischen Befund der ektopia vesicae darbot. Die hintere Blasenwand lag in einer Breite von 7 cm und einer Höhe von 5 cm zu Tage. Nach

unten ging dieselbe in einen ca. 2 cm breiten Hautstreifen über, der zwar nicht mehr den Charakter der Schleimhaut zeigte aber doch wenigstens zum Theil als hintere Harnröhrenwand aufzufassen war. Unter dieser Brücke befand sich eine Oeffnung 3 cm hoch und 5 cm breit, die durch das Fehlen des Constrictor cunni quergestellte Scheidenöffnung. Dieselbe ist von den rudimentären Schamlippen umgeben, am oberen Rande befinden sich die getrennten Corpora cavernosa der Clitoris. Die beiden stumpf endenden horizontalen Schambeinäste fühlt man 8 cm von einanderstehen. Der Zwischenraum ist durch die oben erwähnte, die Harnröhrenwand darstellende Brücke in der äussern Haut gebildet. Der Damm ist 4 cm lang, straff und mit der Analöffnung weit nach vorn gerückt. Aus der Scheide hängt der Fuss eines Kindes und eine lange pulslose Nabelschnurschlinge. Scheide kurz; Muttermund vollständig.

Pat. ist seit dem 14. Jahre regelmässig menstruirt; letzte Menses Ende Februar; am letzten Februar erster und einziger Coitus ohne eine auf Zerreissung eines Hymens hindeutende Blutung.

Fruchtwasser vor 2 Stunden abgeflossen, Wehen kräftig. Die Geburt verzögerte sich jedoch theils wegen der Enge der äussern Genitalien, theils wegen des Mangels der Bauchpresse, theils auch weil die vordere Hüfte bei dem Fehlen der vordern Beckenwand keine feste Stütze fand und so die zum Austritt der Hüften nöthige Hebelwirkung fehlte. Es war ferner ein Zerreissen der mehrfach erwähnten Brücke durch das Anstemmen der Hüfte zu fürchten. Extraction; dieselbe gelang nach 2 tiefen Incisionen in den Damm leicht; das untere Uterinsegment trat bis vor die äusseren Genitalien herunter. Wochenbett normal.

Beckenmaasse. Dist. spin. 25. Dist. crist. 27. Conjug. diag. 9. conjug. extern. 20 (von dem die Symphyse repräsentirenden Strange gemessen) Dist. tuber. isch. 10. Dist. spin. post. os. il. 11. Dist. spin. ext. sup. sinistr. zum stumpfen Ende des linken Schambeinastes 13. Dasselbe Maass rechts 14. Dist. spin. post. sup. dextr. zum stumpfen Ende des linken Schambeinastes 21. Dasselbe Maass von links hinten nach rechts 23. Dist. trochant. 34,5.

Die Oberschenkel standen in horizontaler Lage soweit wie möglich einander genähert 6,5—7 cm von einander ab. Kreuzbein schmal, lang, verläuft steil nach abwärts.

Es sind also hier die von Litzmann angegebenen Formveränderungen des gespaltenen Beckens, welche auf Wirkung der Rumpflast bei fehlendem normalen Widerstand an der Symphyse brechen und gleich denen des rachitischen Beckens sind, nicht vorhanden.

Verf. glaubt das auf eine Verwachsung der beiden Ileosacralgelenke zurückführen zu müssen, obgleich er keinen directen Beweis dafür bringen könne. Es werden zum Schluss die 5 bisher beschriebenen Fälle von Bonnet, Ayres, Litzmann und Günzburg (2) kurz besprochen.

Schellenberg (Leipzig).

19. **Ascher** (Prag). Narbenstenose als Geburtshinderniss. Aus der Klinik des Prof. Breisky in Prag.

(Prager med. Wochenschrift 1879.)

Eine 30jährige IVpara kommt nach 10stündiger Wehendauer in die Klinik. Im Scheidengewölbe findet sich eine 2 cm lange, feste Narbe, keine Spur einer Oeffnung; erst im Speculum entdeckt man eine solche von Stecknadelkopfgrösse. Nach wiederholten Incisionen mit der Scheere verläuft die Geburt spontan; normales Wochenbett.

Die Ursache der Stenose war wahrscheinlich ein Cervicalriss, von der 2. Geburt herrührend; die 3. war ein 4monatlicher Abort gewesen.

Schwarz (Halle a/S.).

20. **Conrad** (Bern). Ueber Azoospermie.

(Correspondenzblatt für schweizer. Aerzte 1878. No. 22.)

Verf. berichtet über 3 Fälle, in denen wiederholte, mit allen Cautelen vorgenommene Samenuntersuchungen kein einziges Spermatozoid ergaben, sondern nur

zahlreiche Kugeln, einzelne Plattenepithelien, Lymphkörperchen und nach längerem Stehen Krystalle von phosphorsauren Alkalien. Die Untersuchung wurde so gemacht, dass der Mann angewiesen wurde, beim Coitus Sperma aufzufangen und sofort zur Untersuchung zu schicken. Die Untersuchung wurde jeweilen nach kürzerer und längerer sexueller Ruhe wiederholt. — **Oeri** (Basel).

21. **Bircher** (Aarau). Bildung einer Scheidenmastdarmfistel durch ein Pessarium.

(Correspondenzblatt für schweizer. Aerzte 1878. No. 19.)

Bei der Section einer 78jährigen Jungfrau, die an Pericarditis gestorben war, fand man in der Scheide ein zweiflügliges Pessar aus Hartgummi. Der linke Flügel war wenig incrustirt und hatte die Vagina etwas ausgebuchtet, am rechten fanden sich starke Incrustationen und die Vertiefungen der Kalkmasse mit schwarzen, zähen Kothmassen wie ausgestrichen. Dieser Flügel hatte die Wandung durchbrochen und ragte 3 cm weit in das Rectum, doch verschloss derselbe die 5 cm weite Perforationsstelle vollständig. In der Vagina fand sich kein Koth, auch war während des Lebens nie solcher per vaginam abgegangen. Erkundigung ergab, dass das Pessar volle 25 Jahre in der Vagina gelegen hatte und nur im ersten Jahre zwei Mal behufs Reparatur entfernt worden war. —

Oeri (Basel).

22. **Kerr** (London). Blutungen nach der Geburt.

(Brit. med. Journ. 1878. Aug. 24.)

Verf. ist zwar nicht der Ansicht, dass sich überhaupt keine Frau nach der Geburt verbluten dürfe, wohl aber dass lethaler Ausgang sehr selten sein müsse. Von 64 Fällen schwerer Blutungen in der Nachgeburtszeit, zu denen er zum Theil erst in extremis gerufen wurde, verlor er keinen. Alkohol während der Geburt als irgend welches gebrannte Wasser gegeben und nun, weil im Uebermaasse genossen, Atonie des Uterus nach sich ziehend, bildet nach Verf. die Hauptursache.

Die Behandlung ist dieselbe, wie die bei uns in Deutschland übliche, nur kommen innerlich Terpentin und als Analepticum Fleischextracte hinzu.

Herdegen (Stuttgart).

23. **R. Southey.** Paracentese des Abdomen durch allmäligen Abfluss mittelst einer einfachen Kanüle.

(The Lancet 1878. August 10.)

Verf. hat vielfach die Drainage des Abdomen durch eine zweckmässige Röhre in Fällen allgemeiner Wassersucht probirt und fand grossen Nutzen davon. Er empfiehlt nun einen $1^3/_4$" langen Troikart zu diesem Zweck, der seitlich mehrere Oeffnungen trägt. Er wird in schräger Richtung nach abwärts eingeführt, mit Heftpflaster gehalten; das in der Peritonealhöhle befindliche Ende kann sich etwas bewegen. Die Bauchhöhle wird so langsam entleert, das Instrument bleibt so lang als nöthig in situ, z. B. 33 Stunden in einem, 30 in einem andern Fall.

Underhill (Edinburg).

24. **R. Bell.** Papillargeschwulst der Vaginalportion und ihre Behandlung.

(The Lancet 1878. August 10.)

Das Leiden entwickelt sich aus gewöhnlichen Excoriationen in Folge von Reizung der Papillen; Leukorrhoe, Blutungen, Kreuz- und Lendenschmerzen, gastrische Störungen sind die Erscheinungen. Behandlung war folgende: Zuerst wird der Ausfluss entfernt, dann Baumwolle auf den erkrankten Theil gebracht. Dies nach 24 Stunden entfernt, 2 Mal wöchentlich erneuert. Sind die Granulationen sehr stark gewuchert, so ist es zweckmässiger rauchende Salpetersäure 1 Mal wöchentlich aufzutragen, oder man entfernt die Massen mit der Scheere und wendet hierauf das Glüheisen an. **Underhill** (Edinburg).

25. **Puech** (Nimes). Imperforation des Hymen; spontane Ruptur nach 18 Monaten.

(Gaz. obstétricale 1878. No. 21.)

Ein 15jähriges, vollständig entwickeltes Mädchen hatte seit 14 Monaten regelmässig alle 4 Wochen Molimina menstrualia, die sich in ihrer Intensität von Periode zu Periode steigerten; niemals war eine Blutung eingetreten.

Bei seinem ersten Besuche konnte Verf. über der Symphyse einen rundlichen prall-elastischen Tumor fühlen, den er für den durch zurückgehaltenes Menstrualblut vergrösserten Uterus hielt; eine innere Exploration wurde nicht gestattet.

Vier Monate später fühlte Pat. bei einem wieder sehr heftigen Anfall von Molimina etwas platzen und es entleerte sich ungefähr 1 Liter chocoladenähnliche Flüssigkeit. Der Ausfluss dauerte noch einige Zeit an, dann waren alle Beschwerden gehoben und die Menstruation trat regelmässig ein. —

5 Monate nach der Ruptur konnte Verf. die Person untersuchen. Er fand den Uterus noch vergrössert, die Scheide für eine Virgo ausserordentlich weit, die Durchbruchstelle des Hymen lag nach rechts von der Mittellinie und die Ränder waren gefranst. **Schellenberg** (Leipzig).

26. **Colrat et Rebatel** (Lyon). Baptiste et Jaques Tocci.

(Lyon Méd. 1878. October 20.)

So hiessen zwei am 4. Oct. 1877 in Locana (Italien) von einer 20jährigen Primip. leicht geborene, zu einem sehr merkwürdigen Doppelmonstrum vereinigte Knaben, die gegenwärtig in Paris ausgestellt sind. Dieses bis zur unteren Grenze des Thorax völlig getrennte und gut entwickelte Brüderpaar besitzt nur einen Unterleib, einen Anus, einen Penis, 2 Hoden und 2 untere Extremitäten. Die genauere Untersuchung ergiebt, dass sie auch 2 getrennte Wirbelsäulen haben. Ebenso lässt die Beobachtung der Harn- und Kothentleerung keinen Zweifel darüber zu, dass der Digestions- und der Harnapparat ebenfalls getrennt sind. Von den beiden unteren Extremitäten gehört jedem Bruder eine. In ihren geistigen und körperlichen Functionen sind sie von einander ganz unabhängig. Sie sind ziemlich gleichmässig und gut entwickelt und wird das Interesse an ihnen, wenn sie zu laufen anfangen und später, wenn sie das Pubertätsalter erreichen sollten, ein noch weit grösseres werden. **Schwarz** (Halle a/S.).

27. **G. de Gorrequer Griffith** (London). Ueber Peritonealadhäsionen des schwangeren Uterus als Ursache für Gebärmutterblutungen in der 3. Periode.

(Brit. med. Journ. 1878. Sept. 28. — Vortrag auf der Brit. med. Assoc. Bath 1878.)

Schon G. Hewitt hat in der geburtshülflichen Gesellschaft (Obstetr. Transact. Vol. XI. pag. 108) einen einschlägigen Fall als erster beschrieben. Es war hier durch starke Adhäsionen der Uterus, die Bauchwand und die Eingeweide verklebt gewesen, so dass der ersten Contraction bald wieder Relaxation folgte und die Frau durch Blutung zu Grund ging.

Verf erlebte einen ähnlichen Fall; Einleitung der Frühgeburt, Zange, Placenta manuell entfernt. Beim Versuch mit der einen Hand innerlich, mit der andern äusserlich die Gebärmutter zur Contraction anzuregen, fand Verf. die Adhäsionen, die er zu zerreissen suchte, so viel es innerlich und äusserlich zugleich ging, um die Blutung zu stillen. Die Frau soll in der Schwangerschaft Schmerzen im Oberbauch gehabt haben. Der anatomische Beweis fehlt allerdings.

Fehling (Stuttgart).

28. **Laurence** (Bristol). Ueber einige Formen nicht puerperaler Gebärmutterblutungen.

(Brit. med. Journ. 1878. Juli 30.)

Unter ungefähr 700 Pat., die Verf. in den letzten 3 Jahren zu beobachten Gelegenheit hatte, bildeten bei 90 Blutungen den Grund ärztliche Hülfe zu suchen. Die Fälle, in denen die Blutungen nur eine Complication, nicht die Hauptklage

bildeten, Hämorrhagien, die mit Abort oder Wochenbett in nahem Zusammenhang stehen, sowie solche, die sich auf die Klimax als solche zurückführen lassen, sind ausgeschlossen. Von den 90 Fällen kamen auf: maligne Erkrankungen 25, Fibroide des Uterus 8, Schleim- und fibrinöse Polypen des Cervicalcanals 9, mangelhafte Uterusinvolution 10, Retroflexion 5, Anteflexion 3, Parametritis 5, Hämatocele des Beckens 4, Ulcerationen des Cervix und Muttermundes 12, Stenose des Cervix und inneren Muttermundes 6, Anämie 4.

Die Besprechungen der einzelnen Gruppen bieten in keiner Beziehung viel Neues. Von den malignen Erkrankungen waren 1 Drittel Epitheliome, 2 Drittel Medullarcarcinome. Das Alter schwankte zwischen 27 und 69 Jahren. Als Operation empfiehlt Verf. besonders: nach Marion Sims mit Messer und Scheere Stückchen für Stückchen des erkrankten Gewebes abzutragen, wobei man sehr hoch in den Uterus hinaufgehen könne. Die Blutung stillt er mit Liquor ferri-Tampons. Von der Freund'schen Uterusexstirpation spricht er nicht. Unter den 8 Fibroiden waren 5 unter 40, die 3 übrigen 50—60 Jahre alt. Die Hildebrandt'schen Ergotin-Injectionen werden nicht erwähnt. Die Veranlassung der 4 Beckenhämatome bildeten Ueberanstrengung zur Zeit des Eintritts der Regel, worauf Schmerzen, Ohnmacht und anhaltende Blutung eintraten. Verf. räth die Blutung nach aussen nicht zu rasch zu stillen, innerlich möglichst vorsichtig zu untersuchen und im Bette das Becken höher zu lagern. Seine Fälle heilten alle in 6 Wochen. Innerlich stellt er das englische Stypticum Terpentin über alles. Bei Stenose von Cervix und Os internum soll das Blut im Cavum uteri gerinnen und dort durch seinen Reiz Blutungen bedingen. Durch Einschneiden des Os internum und Sondirung längere Zeit hindurch erzielte er in 4 von 6 Fällen Heilung. Bei anämischen Blutungen lagert er neben der Allgemeinbehandlung während der Regel das Becken im Bette erhöht. **Herdegen** (Stuttgart).

29. **Perrier** (Paris). Ein Fall von doppelseitiger Ovariotomie.

(Mitgetheilt in der Société de chir. am 11. Decbr. 1878. — Progr. méd. 1878. No. 50.)

P. erzählt von einer in Moskau von Dobrawraboff ausgeführten Operation einer doppelseitigen Ovariencyste, wobei er namentlich hervorhebt, dass die Operation in einem sonst nicht benutzten Zimmer des Hospitals vorgenommen wurde, dessen Wände mit Salicylsäure bepulvert waren und das 4 Stunden vor Beginn der Operation geheizt wurde; die 12 Assistenten hatten sämmtlich neue Kleider. Die Operation verlief ohne Zwischenfall, die vollkommene Heilung trat am 27. Tage ein. D. sprach sich dabei für möglichst frühzeitige Operation aus und widerräth nach festgestellter Diagnose zu warten, bis durch Kachexie der Pat. der Erfolg der Operation in Frage gestellt sei. **Engelhorn** (Winnenthal).

30. **Stoltz** (St. Petersburg). Fall von Ovariotomie.

(Medicinsky Westnik 1878. No. 43. [russisch.])

Die 30jährige früher gesunde Pat. hat am 28. Dec. 1877 zum zweiten Mal normal geboren, erkrankt darnach mit peritonitischen Erscheinungen, wobei eine linksseitige Ovarialcyste entdeckt wird, die in den nächsten Wochen rasch wächst. Operation am 19. Febr. Die ganze vordere Fläche der Cyste mit der Bauchwand verklebt, sonst keine Verwachsungen. Der Stiel geht vom rechten Ovarium längs der hinteren Fläche des Uterus ganz nach links, daher die diagnostische Täuschung. Unterbindung in 3 Portionen und Versenkung des Stieles. Drainage des Douglas, wobei nur in den ersten Stunden etwas röthliches Serum ausfliesst. Tod am nächsten Tage an Peritonitis. — Letztere wird nach dem Sectionsbefunde als traumatische bezeichnet und als bemerkenswerth hervorgehoben, dass sich um den Drain herum durch Verklebung der Darmschlingen ein enger ganz geschlossener Canal gebildet hat, der eben nur das Rohr durchlässt. St. schliesst daraus, dass die Drainage, wenn überhaupt, nur in den ersten Stunden nach der Operation nützen kann, später durch die Peritonitis selbst aus dem Zusammenhang mit der Bauchhöhle eliminirt wird. **E. Bidder** (St. Petersburg).

31. M. Letulle (Paris). Tuberkulose des Uterus und der Tuben.
Ch. Talamon (Paris). Tuberkulose der Ovarien.

(Mitgetheilt in der Société anatomique. —Progrès méd. 1878. No. 51.)

Bei einem an Lungentuberkulose verstorbenen Mädchen von 20 Jahren fand L. bei der Autopsie eine allgemeine chronische Peritonitis ohne miliare Tuberkel im Bauchfell. Die rechte Tube war verdickt und verhärtet, hatte aber ihre natürliche Form bewahrt. Die linke Tube ist durch 2 runde, fluctuirende, beim Einschneiden dicken Eiter entleerende Höcker ausgezeichnet. Der Uterus besitzt in der Gegend der linken Tubenmündung einen haselnussgrossen, käsigen Abscess. Die Schleimhaut der Gebärmutterhöhle ist durch eine ungleichmässig tiefgehende, gräuliche Ulceration mit fetzigen Rändern beinahe in ihrer ganzen Ausdehnung zerstört. Der Scheidentheil besitzt eine oberflächliche Erosion, die Ovarien sind ohne Veränderung.

T. fand bei einem Kinde von 6 Jahren, welches an tuberkulöser Meningitis gestorben war, miliare Tuberkel in der Pia mater der Hirnbasis und in beiden Lungen. Der Dünndarm zeigte verbreitete Ulcerationen der Peyer'schen Plaques, die solitären Follikel waren nicht geschwollen. Der Abdominaltheil des Peritoneums war ohne pathologische Veränderung. Im kleinen Becken dagegen fand sich eine Eiterhöhle in der Excavatio rectouterina, welche nach oben durch verklebte Dünndarmschlingen abgekapselt war. Der Uteruskörper bestand aus einem rundlichen, fluctuirenden dünnwandigen Sack. Das Orificium und die Tuben waren obliterirt. Der aufgeschnittene Uterus enthielt eine grünliche viscöse Flüssigkeit, seine Schleimhaut war glatt, blass, frei von Tuberkeln. Beide Ovarien sind von der Grösse einer Mandel, indurirt, höckrig und mit einer käsigen Masse infiltrirt.

In beiden Fällen (cfr. auch Homole, Tuberkulose der weiblichen Genitalien, Centralblatt 1877. No. 279) wird die tuberkulöse Natur der Genitalerkrankung al erwiesen angesehen. **Engelhorn** (Stuttgart).

32. Michelson und Lukin (Kronstadt). Ein Fall von Hernia vaginalis für Prolaps gehalten, Abtragung, Tod.

(Medicinische Beilage zum Marine-Archiv Bd. XVIII. [russisch.])

Der einen ernsten Kunstfehler involvirende Fall soll referirt werden, weil er ein an sich sehr seltenes Vorkommniss betrifft. Wir bedauern die Unklarheit der Beschreibung im Original.

Die 52jährige, kräftige Pat. hat 10 Mal, (zuletzt vor 12 Jahren geboren; vor einem Jahr hat sie nach ihrer Aussage an Vorfall der Gebärmutter gelitten, der damals reponirt wurde. Ohne bekannte Veranlassung ist vor 3 Tagen wieder ein Vorfall eingetreten. Verstopfungen. — Zwischen den grossen Schamlippen findet sich eine ca. 3 Zoll lange, unten 2½ Zoll breite, sich nach oben hin verschmälernde Geschwulst; sie ist stellenweise weich, röthlich blau gefärbt, ihre Oberfläche theilweise von einer übelriechenden Eiter secernirenden Geschwürsfläche bedeckt. Der Stiel der Geschwulst reicht hoch hinauf, seine Insertion nicht zu erreichen, doch findet sich ein ihn ringförmig umgebender, gespannter Rand. Die Sonde passirt diesen Ring zunächst nicht, gleitet aber dann leicht und tief hinein, so dass ihr Knopf 4fingerbreit über der Symphyse durch die Bauchdecken zu fühlen ist. Die Untersuchung per rectum ergiebt einen festen Körper unter- und oberhalb des genannten Ringes. — Diese Geschwulst wird für einen Polypen gehalten und abgeschnitten, wobei eine nur unbedeutende Blutung erfolgt. Eine nähere Beschreibung der Operation fehlt. Abends Fieber und heftige Schmerzen im Leibe, in der Nacht 2 Mal Erbrechen und um 8 Uhr Morgens starb die Kranke.

Aus dem Sectionsprotocoll entnehmen wir folgende Stellen: Fettige Degeneration fast aller Drüsenorgane und der Herzmuskulatur. Uterus und Ovarien klein, atrophisch. In der Bauchhöhle viele dunkle Blutgerinnsel. In der Höhle des kleinen Beckens ca. 1 ℔. flüssigen Blutes. Vom Omentum majus sind nur die seitlichen Partien vorhanden, aus dem unteren Rande des Colon fehlt ein ca. 8 cm langes Stück. Die Ränder des Defectes sind stellenweise unten mit Blutsugillationen versehen. In der hinteren Vaginalwand, gleich unterhalb des hinteren Fornix,

findet sich eine ovale Oeffnung von 5 cm Durchmesser mit platten, bräunlich belegten Rändern (Liq. ferr. sesq. ist angewandt worden). Neben diesem Loche liegt der kleine spaltförmige äussere Muttermund. Die exstirpirte Geschwulst bestand aus ca. 24 cm Omentum und 10 cm Colonrand.

Steinmann (St. Petersburg).

33. **Thomas Addis Emmet** (New-York). — Angeborener Mangel, und zufällige Atresie der Vagina, Methode der Operation zur Herstellung des Canals und zur Entleerung des zurückgehaltenen Menstrualblutes.

(Verhandlungen d. Amer. gynäkologischen Gesellschaft 1878. p. 437.)

Nach Besprechung der Ursachen der Menstrualretention (angeboren, Mangel der Vagina, Imperforation des Hymen; acquirirt, Verschluss des Os ext., Verschluss der Vagina), der Diagnose dieser verschiedenen Formen, und der früher und wohl noch jetzt allgemein gebräuchlichen Methode der operativen Eröffnung des atretischen Canals durch langsames allmäliges Vorgehen mit Messer, Scheere und Finger, beschreibt Verf. ausführlich 22 Fälle von Hymen imperforatus, angeborenem Mangel des Uterus und acquirirter Atresie mit Retention, welche er in Privat- und Hospitalpraxis beobachtet hat, und erklärt die ihm eigene Operationsmethode, welche von der gebräuchlichen darin differirt, dass er in einer Sitzung, nach Durchtrennung der Haut und etwaiger fester Stränge, mittelst des Zeigefingers und unter Ueberwachung mit dem anderen Zeigefinger im Mastdarme und Sonde in der Blase, sich im Beckenzellgewebe zwischen Mastdarm und Blase eine neue Vagina bildet. Das Zellgewebe wird durch seitliche Bewegung des Fingers durchgetrennt, bis entweder die atretische Stelle passirt und der Cervix erreicht ist, oder bis der Operateur findet, dass kein Uterus vorhanden ist und dass er soweit vorgedrungen ist als nöthig und sicher erscheint. Ein vielleicht 2" dickes Glasrohr wird dann eingeführt und getragen bis vollständige Vernarbung eingetreten ist. Verf. hat gefunden, dass das Zerreissen des Zellgewebes dem Durchschneiden sowohl an Sicherheit als wegen des Ausbleibens der Narbencontraction vorzuziehen ist, indem er in einem Falle die narbige Contractionsstelle 5 Mal mit dem Messer durchtrennen musste, und stets innerhalb mehrerer Monate fast vollkommene Contraction fand, bis er endlich die narbigen Stellen gewaltsam durchriss, und die Genugthuung hatte 19 Monate später die Scheide vollkommen offen zu finden. Ferner fand er, dass die Wände der Vagina mit der Zeit einen sammtartigen, schleimhautähnlichen Charakter annahmen. In keinem der 22 Fälle traten irgend welche üble Folgen nach der Operation auf, und in allen wurde eine brauchbare Vagina gebildet.

Die Entleerung von Menstrualblut hat Verf. ebenfalls in 14 Fällen rasch in einer Sitzung ausgeführt, und dann gleich die Uterushöhle mit warmem Wasser ausgespritzt, und diesem Verfahren schreibt er seine guten Erfolge und die Freiheit von Septikämie zu.

Verf. beansprucht die Priorität dieser raschen Operationsmethode, welche er 1863 zuerst ausführte und 1866 veröffentlichte, obschon Amussat ihm unbewusst denselben Plan angab, ohne ihn jedoch je auszuführen; ferner glaubt er der Erste gewesen zu sein, der das Beckenzellgewebe durch freie seitliche Bewegungen des Fingers trennte, der die zurückgehaltene Flüssigkeit auf einmal entleerte und sogleich die Uterushöhle zur Verhütung von Septikämie mit warmem Wasser ausspülte, und der den Glas-Dilator zum Zwecke des Offenhaltens einer künstlichen Scheide gebrauchte. Von Sims wurde dieses Instrument nur zur Druckresorption von Narbengewebe vor der Operation für Blasenscheidenfisteln angewendet.

P. F. Mundé (New-York).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S. (Alte Promenade), an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart (Alleenplatz 3), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Dritter Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 15 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

N°. 5. **Sonnabend, den 1. März.** **1879.**

I. Atonia uteri sub partu ex metritide interstitiale partiale chronica.

Von

Dr. **J. Kaschkaroff**,

(Aus der propädeutisch-gynäkologischen Klinik des Herrn Prof. K. Slaviansky an der Medico-chirurgischen Akademie zu St. Petersburg.)

Da einerseits in der Literatur bis jetzt keine genauen Beschreibungen der anatomischen Veränderungen der Uterusmuskulatur bei Atonia uteri sub partu vorliegen, anderseits letztere zweifelsohne in einigen Fällen vorhanden sein müssen, so erachte ich den unten angeführten Fall einer Mittheilung für werth, und dieses um so mehr, als er zugleich einiges Licht wirft auf die Frage von der Retention der Placenta und den Stricturen des Uterus in der Nachgeburtsperiode.

Der pathologisch-anatomischen Beschreibung des in Weingeist conservirten Uterus einer 18jährigen Wöchnerin, welche am 6. December 1876 in die geburtshülfliche akademische Klinik aufgenommen wurde und am 13. December starb, will ich den Sectionsbefund der Genitalien aus dem Protocollbuch des pathologischen Instituts' vorausschicken. Die Krankengeschichte besagter Wöchnerin ist mir leider nicht bekannt.

Bei der Section wurde Folgendes constatirt:

Hyperämie und Oedem des Gehirns und dessen Hüllen; Dilatation des rechten Ventrikels; Lungenödem; parenchymatöse Hepatitis und Nephritis; eitriges Exsudat in der Peritonealhöhle; alte Thrombose der rechten Vena spermatica und folgende pathologische Veränderungen der Beckenorgane. Im rechten Parametrium kleine Eiterherde und thrombosirte Venen. Die Gebärmutter vergrössert von unregelmässig ovaler Form; die rechte Hälfte 15,3 cm lang, die linke 12,7, der Querdurchmesser 11,4 cm. Die seröse Hülle verdickt und mit fibrinös-eitrigen Massen bedeckt. Die Höhle des Uterus vergrössert; die Wandung im unteren Theil des Cervix 9 mm dick, in der Gegend des Orificium int. 1 cm über demselben 2 cm, rechts ist die Muskulatur im Fundus uteri an der Insertionsstelle der Placenta sehr dünn. Die Innenfläche des Uterus höckerig, von schiefergrauer Farbe. In der oberen Partie der Gebärmutterhöhle, mehr nach rechts, befindet sich der grösste Theil der Placenta sammt Eihüllen der Uteruswandung fest adhärent. Das Gewebe der Placenta ist hart, enthält Extravasate von verschiedener Grösse und in verschiedenen Stadien regressiver Veränderungen.

Bei genauer Untersuchung der in Alkohol conservirten Gebärmutter ergab sich Folgendes: Der Uterus hat die Form einer Sanduhr und ist mit der Scheide und den äusseren Geschlechtstheilen ausgeschnitten. Das Präparat ist durch die vordere Wand geöffnet. An der Hinterseite beträgt die Länge vom Orificium internum bis zum Fundus uteri 11 cm, die Länge des Cervicalcanals beträgt 3 cm, die Breite der Hinterfläche beim Orificium int. 6 cm, 5 cm über dem Orificum int. beträgt sie 3,5 cm. Etwas über dem schmalsten Theile der Hinterfläche befindet sich die Insertionsstelle der Placenta, die ausserdem noch an der rechten Wandung und dem rechten Theile des Fundus befestigt ist. Die Placenta ist nur locker mit der Gebärmutter verbunden; die Substantia spongiosa ist deutlich zu unterscheiden. Ein geringer Theil der Nachgeburt ist unten von der Uteruswandung getrennt und hängt, an die linke Wandung anliegend, an einem von dem Gewebe der Placenta gebildeten Strang. Die Dicke der Wandungen beträgt beim inneren Muttermund 1,2 cm, auf der Höhe der Strictur 2,3 cm, 1 cm über der Strictur 1,8 cm. Die vordere Uteruswandung 1 cm, an der Insertionsstelle der Placenta näher zur Strictur 0,8 cm, in der Nähe des Grundes 2 mm.

Um mich mit den Structurverhältnissen des schwangeren Uterus

bekannt zu machen, untersuchte ich den Uterus einer im 8. Monat der Schwangerschaft gestorbenen Schwangern. Die Dicke der Wandung betrug an der Insertionsstelle der Placenta 4 mm.

Bei der mikroskopischen Untersuchung topographischer Schnitte ergab sich Folgendes: die Muskelzellen sind in Bündel geordnet und nach Art der Bindegewebselemente beim Sarkom gereiht; einige Muskelzellen berühren sich gegenseitig an ihren Enden, seltener in der Mitte, öfter ziehen zwischen denselben einige Bindegewebsfasern; zwischen den einzelnen Muskelbündeln ist Bindegewebe in etwas grösserer Menge vorhanden. Gruppen von Bündeln bilden Schichten, die durch bedeutende Bindegewebsschichten von einander getrennt sind; in letzteren befinden sich Blut- und Lymphgefässe in grosser Menge. Dasselbe Verhalten zeigten Präparate der Gebärmutter einer im 6. Monat der Schwangerschaft an einer Combustur gestorbenen Frau. Die Dicke der Wandung an der Insertionsstelle der Placenta betrug 4—8 mm. Ein ganz anderes Bild zeigten Präparate der oben beschriebenen Gebärmutter aus der Insertionsgegend der Placenta: vom Peritoneum an bis zur Decidua serotina sehen wir Fasern von Bindegewebe und zwischen ihnen hie und da zerstreute Muskelzellen. Letztere sind gross und körnig, jedoch keineswegs in Bündel geordnet. Kurz, wenn es möglich wäre, ähnliche Präparate aus dem normalen Uterus zu erhalten, würde man das Gebärmutterparenchym folgendermassen beschreiben: es bestehe aus Bindegewebe, in welchem sich spärliche Muskelzellen befinden. An den übrigen Stellen zeigten die Wandungen derselben Gebärmutter dasselbe mikroskopische Verhalten, wie die Präparate des Uterus im 8. und 6. Monate der Schwangerschaft, mit dem Unterschiede nur, dass die Muskelzellen grösser und körniger waren.

Auf Grund dieser makro- und mikroskopischen Beschreibung des Präparats ziehe ich folgende Schlüsse:

1) In Folge der geringen Menge von Muskelzellen in der Gebärmutterwandung an der Insertionsstelle der Placenta war die tonische Retraction dieser Wandung in der Nachgeburtsperiode so schwach, dass sie die Lösung der Placenta von der Uteruswandung nicht bewirken konnte.

2) Die Strictur ist im gegebenen Falle durch die tonische, normale Retraction der gesunden Theile der Uteruswandungen entstanden.

3) Die Trennung der Placenta war versucht worden, gelang jedoch nicht, weil die Strictur das Hindurchdringen der Hand unmöglich machte.

4) Eine abnorm grosse Menge Bindegewebe an der Insertionsstelle der Placenta ist einer chronischen interstitiellen Entzündung der Uteruswandung zuzuschreiben, weil die Präparate dasselbe Verhalten zeigten, wie die chronische Entzündung der nicht schwangeren Gebärmutter.

II. Zur Lehre von der Atresie des Graaf'schen Follikels.

Von

E. Lebedinsky,

Praktischer Arzt in St. Petersburg.

Bei Gelegenheit meiner, in der Klinik des Herrn Prof. Slaviansky ausgeführten Untersuchungen über die Ovarien stiess ich unter Anderem auf folgenden interessanten Befund.

Bei einem todtgeborenen, nicht völlig ausgetragenen Mädchen[1]) bot das rechte Ovarium keine Abweichungen von der Norm dar. Das linke 2,1 cm lange, an seiner Oberfläche flachhöckerige Ovarium zerfiel durch eine flache Furche in zwei Abschnitte, der grössere rechte war 1,7 cm breit und 1,1 cm dick, der linke kleinere 1,2 cm breit und 0,9 cm dick.

Das Verhalten des Organs in Bezug auf Eileiter und Gebärmutter war das gewöhnliche. Nach dem Durchschneiden des ganzen Eierstockes fand sich in demselben eine Neubildung, die aus einem centralen Kerne von 1,3 cm Länge und 1,0 cm Breite bestand, umgeben von einer besonders hervortretenden Schicht von 0,2 cm Dicke, auf welche nach Aussen hin normales, nicht überall in derselben Mächtigkeit auftretendes Gewebe folgte. Bei einer genaueren Betrachtung ergab sich, dass der Kern aus einer hellgelben, lockeren, brüchigen Masse bestand. Die Masse konnte aus der Höhle ebenso leicht herausgenommen werden, wie der coagulirte Inhalt aus der Höhle eines Graaf'schen Follikels.

Die umgebende periphere Schicht der Neubildung ist viel fester, röthlichgelb gefärbt; feine Schnitte derselben zeigen, bei durchfallendem Licht auch dem blossen Auge wahrnehmbar, ein Netz von weisslichen Linien, durch welche das Gewebe in einzelne kleine Parzellen getheilt erscheint.

Die mikroskopische Untersuchung des linken Ovariums ergab folgende Resultate: Die äussere Oberfläche ist mit einem niedrigen Cylinderepithel bedeckt, unter demselben befindet sich das eigentliche Gewebe des Eierstockes, es bietet das Bild jungen Bindegewebes dar und besteht aus zarten Bindegewebsfasern mit runden und spindelförmigen Zellen. Innerhalb dieses Stromas findet sich eingestreut eine reichliche Menge von Primordial-Follikeln und Blutgefässen, die meist als einfach contourirte Canäle mit Endothel ausgekleidet erscheinen.

Die Grenzschicht des ovariellen Gewebes gegen die periphere Schicht der Neubildung bietet das Aussehen älteren Bindegewebes mit gröberer Faserung und spindelförmigen Zellen dar. Von diesem Theile des Gewebes des Ovariums gehen Ausläufer oder Fortsätze

[1]) Das zur Untersuchung vorliegende Präparat war ein Spirituspräparat.

gegen das Centrum hin, ebensolche Ausläufer entspringen aus einer Schicht älteren Bindegewebes, die den Kern der Neubildung von der peripheren Schicht derselben trennt und verlaufen in der centrifugalen Richtung.

In Folge dieser Anordnung erscheint die periphere Schicht der Neubildung durch Bindegewebsfasern in einzelne Parzellen getheilt. Jede einzelne Parzelle besteht aus einer Reihe von dicht an einander gelagerten Zellen, deren Längsaxe meist in der Richtung vom Centrum der Neubildung ausgehend gedachten Radien verläuft. — Zwischen diesen Zellen verlaufen zarte Bindegewebsfasern, endlich finden sich in jeder Parzelle eine ziemlich beträchtliche Menge von Capillargefässen.

Durch Zerzupfen von Präparaten liess sich feststellen, dass die Zellen alle flach, aber in ihrer Gestalt und Grösse sehr verschieden seien. Einige runde zeigten bei einer Grösse von 0,02 mm körnigen Inhalt und grosse Kerne. Andere hatten eine weniger regelmässige, annähernd ovale Gestalt, mit einem 0,09 mm langen grösseren Durchmesser, wobei der kleinere Durchmesser 0,05 mm betrug, und enthielten zahlreiche Kerne. Endlich fanden sich Zellen mit ein, zwei und mehreren Ausläufern, mit einem längeren Durchmesser von 0,06—005 mm und einem kürzeren von 0,03—0,02 mm.

Der erwähnte körnige Bau des Inhaltes der Zellen wurde durch theils diffus im Protoplasma vertheilte, theils in der Nähe der Kerne angehäufte gelblichbraun gefärbte Körner bedingt.

Da dieser körnige Bau durch den Zusatz von Alkohol und Aether nicht zum Verschwinden gebracht wurde, sind wir wohl berechtigt, die Gegenwart eines Pigmentes in diesen Zellen anzunehmen.

Durch eine Reihe von vergleichenden Untersuchungen sind wir zu der Ueberzeugung gelangt, dass diese pigmentführenden Zellen in ihrer Natur, Form und Lage durchaus identisch sind mit den Zellen des Corpus luteum verum im Zustande seiner höchsten Entwicklung.

Der centrale Kern der Neubildung bestand aus einer amorphen, feinkörnigen Masse. Die amorphe und feinkörnige Structur derselben berechtigt uns ihn als durch Gerinnung aus einer Flüssigkeit hervorgegangen anzusehen.

Es besteht also die untersuchte Neubildung aus einer mit coagulirt gewesener Flüssigkeit gefüllten Höhle, einer dünnen Schicht Bindegewebe an der innern Oberfläche des früheren Follikels und einer Schicht, die den Bau eines wahren Corpus luteum in seiner höchsten Entwickelung darbietet. —

Auf Grundlage dieser makro- und mikroskopischen Befunde können wir die in Rede stehende Neubildung aus dem Ovarium eines nicht völlig ausgetragenen, todtgeborenen Mädchens als einen atresirenden Follikel ansehen, dessen Höhle nicht völlig durch Narbenbildung

zum Verschwinden gebracht ist, wie es beim normalen Vorgang der Atresie des Follikes stattfindet[1]; in dem übriggebliebenen Hohlraume des früheren Follikels begann sich Flüssigkeit zu sammeln, die in dem Maasse, als ihre Menge zunahm, die nachgiebigen Fasern der jungen Narbe gegen die perifolliculären Schichten des gewesenen Graaf'schen Bläschens hindrängte. — Gleichzeitig hypertrophirten, aus uns unbekannten, wahrscheinlich im Organismus des todtgeborenen Mädchens liegenden Ursachen, die Zellen der betreffenden perifolliculären Schicht.

Aehnliche hypertrophirte Zellen der perifolliculären Schicht des atresirenden Follikels fand Sinéty[2] in Ovarien, die von während der Gravidität gestorbenen Frauen herrührten, und hielt dieser Autor die Hypertrophie für eine Folge der Schwangerschaft. —

Unsere Betrachtung führt uns zu folgenden Schlüssen:

1) Die Zellen der perifolliculären Schicht atresirender Follikel können auch ausserhalb der Schwangerschaft hypertrophisch werden.

2) Die hypertrophirten Zellen der perifolliculären Schicht atresirender Follikel sind in jeder Hinsicht identisch mit den Zellen des wahren Corpus luteum auf der Höhe seiner Entwickelung.

3) Solche hypertrophirte Zellen resp. Zellen des Corpus luteum, können auch sogar in den Ovarien neugeborener Kinder angetroffen werden.

4) Der physiologische Vorgang der Atresie des Follikels erleidet zuweilen Abweichungen von seinem gewöhnlichen Verlauf. Es kann nämlich die Höhle des Follikels nicht vollständig durch Narbenbildung zum Verschwinden gebracht werden und in dem übriggebliebenen Theil desselben sammelt sich Flüssigkeit, durch welchen Vorgang der atresirende Follikel in eine kleine Cyste verwandelt erscheint.

St. Petersburg, 1879.

---

1. **Bantock** (London). Ueber Behandlung der Dammrisse beim Weibe.

London, **J. & A. Churchill,** 1878.

Vorliegende Abhandlung ist ein stark vermehrter Abdruck eines im Januar 1877 im Obstetr. Journal erschienenen Aufsatzes. Verf. behandelt die sofortige Vereinigung sowohl als die spätere. Ruptur des Perineum ist sowohl die theilweise, als die gänzliche Zerreissung der Dammgebilde. Unmittelbare Operation muss ausgeführt werden, sowohl bei theilweiser als bei vollständiger Zerreissung. 2 oder 3 Seidennähte werden so tief angelegt, dass die Nadel in ihrem ganzen Verlauf nicht zu sehen ist, und fest geknotet, am besten sofort in der linken Seitenlage, Rectalnähte sind nicht nöthig. Bei der späteren Operation liegt Patientin in der Steinschnittlage, die Hauptsache

[1] Slaviansky, Archives de Physiologie 1874.

[2] Comptes rendus 1877.

der Operation besteht dabei, wie es scheint, in der Art der Nahtanlegung. Der untere Theil der Vagina wird in der gewöhnlichen Weise angefrischt, 2 oder 3 Rectalnähte werden angelegt, wenn sich die Ruptur bis in's Rectum erstreckt, die Enden werden abgeschnitten und hängen zum Rectum heraus; die Perinealnähte werden so tief durchgeführt, dass die Nadel auf ihrem ganzen Wege nicht zum Vorschein kommt. Das Material besteht in Seidenfäden. Nachher wird Opium gegeben, um 1—2 Tage Verstopfung zu erzielen, knappe Nahrung und keine Stimulantien. Am 4. Tag ein Klysma und Entfernung der Nähte. Zum Schluss folgen einige Krankengeschichten zur Illustration des Gesagten. **Underhill** (Edinburg).

---

2. **Thévenot** (Paris). Ueber die künstliche Entbindung durch die natürlichen Geburtswege an Stelle des Kaiserschnittes post mortem.

(Annales de Gynécologie 1878. Oct. Nov. Dec.)

Da es trotz der fortgeschrittenen Wissenschaft nicht möglich ist, die sofortige Diagnose des eingetretenen Todes mit vollständiger Sicherheit zu stellen, wird man sich immer der Möglichkeit ausgesetzt sehen an Scheintodten, synkoptischen oder in einem Anfall von Asphyxia hysterica u. s. w. befindlichen Schwangern oder Gebärenden den Kaiserschnitt vorzunehmen.

Es hat in Folge dessen nicht an Stimmen gefehlt, welche eine Entbindung durch die natürlichen Geburtswege an Stelle des Kaiserschnittes post mortem dringend empfohlen haben. Im Allgemeinen sind sie mit ihrer Ansicht nicht durchgedrungen.

Nach einer längeren historischen Einleitung bespricht Verf. zunächst diese Frage unter der Voraussetzung, dass die Geburt bereits begonnen hat und der Muttermund erweitert oder erweiterungsfähig ist.

Steht in einem solchen Fall der Kopf fest im Becken, so ist nach der allgemeinen Ansicht die Zange das einzige Mittel zur Errettung des Kindes. Verf. konnte jedoch nur 1 Fall mit günstigem Ausgang in der Literatur finden.

Ist der Kopf beweglich über dem Becken oder liegt ein anderer Kindestheil vor, so ist die Wendung und Extraction zu machen. Verf. fand 6 Fälle in der Literatur, alle ergaben ein lebend geborenes Kind. Betrachtet man dagegen die Resultate des Kaiserschnittes post mortem so sind sie bei weitem ungünstiger.

Bedenkt man ferner, dass der Operateur viel rascher zur Operation schreiten und dieselbe viel rascher ausführen kann, da keinerlei Bedenken von seiner Seite wegen eines eventuellen Scheintodtes, keine von Seiten der Angehörigen vorliegen und keinerlei Vorbereitungen zur Operation selbst nöthig sind, so wird man der Wendung entschieden den Vorzug einräumen müssen.

Auch für die Fälle, in denen die Geburt erst im Beginn ist,

oder auch noch gar nicht angefangen hat, empfiehlt Verf. dringend die Entbindung durch die natürlichen Geburtswege nach manueller Erweiterung des Muttermundes, ein Verfahren, das er als absolut ungefährlich, leicht und rasch auszuführen hinstellt.

Ebenso in der Agonie; hier genügt es häufig die Geburt einzuleiten, die dann spontan zu Ende geht.

Hinsichtlich der gesetzlichen Bestimmungen verlangt Verf. die Vorschrift, dass jede Frau, welche im Zustande vorgeschrittener Schwangerschaft stirbt, vor der Beerdigung entbunden werden muss, indem dadurch aller nöthigen Vorsicht genügt und es gelingen werde die »veraltete« Operation des Kaiserschnittes post mortem zu verdrängen.

Zahlreiche Krankengeschichten und Citate aus der Literatur (vorzugsweise der französischen und italienischen, die neuere deutsche, die durchaus nicht mit den Ansichten des Verf. übereinstimmt, ist ignorirt) werden als Belege und Beweise angeführt.

Schellenberg (Leipzig).

---

3. **Koeberlé** (Strassburg i/E.). De l'hémostase définitive par compression excessive — Epilogue.

Strassburg, **R. Schultz & Co.** 1878.

K. bringt in dieser rein polemischen Schrift den bekannten Prioritätsstreit mit Péan rücksichtlich der Pincetten zur definitiven Blutstillung noch einmal vor das grosse Publicum. Da neue wissenschaftliche Thatsachen in derselben nicht enthalten sind und die Beweisführung im Wesentlichen dieselbe ist, wie in seiner ersten Schrift: De l'hémostase définitive 1877, so verzichten wir auf ein weiteres Eingehen und wiederholen hier nur die Worte, mit welchen wir die Recension der ersten Arbeit schlossen: »Wer die Discussion mit Aufmerksamkeit verfolgt hat, kann über die Priorität Koeberlé's sowie über die Vorzüge seiner Pincetten gegenüber den Péan'schen nicht in Zweifel sein.« (Siehe Centralblatt für Gynäkologie 1878. No. 3. p. 56.) **Runge** (Berlin).

---

4. **Williams** (London). Ueber einige auf Schwangerschaft beruhende Veränderungen des Uterus und die Berechtigung daraus auf überstandene Geburt zu schliessen.

(Brit. med. Journ. 1878. Aug. 31.)

Verf. spricht nur von den Veränderungen, die sich nach durchgemachtem Wochenbette, etwa 8 Wochen post partum, noch am Uterus vorfinden und hier sind es nur noch die Blutgefässe, die sichere Anhaltspunkte geben. Die Arterien fand Verf. über das Uterusgewebe hervorragend, ihre Wandungen weisslich-gelb, verdickt, dunkler contourirt, das Lumen offen. Mikroskopisch alle drei Häute verdickt. An den Venen fand er vom 1.—12. Monate post partum, wenn auch

zuletzt undeutlich, die Wandungen hauptsächlich an der Placentarstelle stark verdickt durch Bindegewebsschichten, in seinen Maschen körnige, glasige, in Falten gelegte Massen enthaltend. Das Lumen entweder von den gleichen Massen oder von den Ueberresten eines organisirten Thrombus erfüllt oder noch zu finden. Diesen zwar nicht permanenten, aber nach 1 Jahre noch zu findenden Befund an der Placentarstelle hält Verf. pathognomisch für Schwangerschaft und vorangegangene Geburt. Die Befunde an den Arterien anlangend müsse ein pathologischer Befund erst ausgeschlossen werden und seien noch weitere Untersuchungen abzuwarten.

Herdegen (Stuttgart).

---

5. **Swayne** (Clifton). Wirkungen der Zangenentbindung auf das Kind.

(Brit. med. Journ. 1878. Aug. 24.)

Verf. meint durch zeitige Anwendung der Zange wenig Kindern das Leben gerettet zu haben. Zum Beweise führt er an, dass er bei 153 schweren Geburten, von Complicationen wie Blutungen, Eklampsie etc. abgesehen, die Zange angelegt, wovon 23 Kinder todt zur Welt kamen. Meist sei der Tod durch Schädelcompression, zum Theil Forceps, zum Theil lange Geburtsdauer eingetreten, 4 Mal unzweifelhaft durch Druck der Zange auf die um den Nacken geschlungene Nabelschnur. Er vergleicht weiter 2 Gruppen von je 100 Iparae aus früheren Zeiten und von heute. Die erste Gruppe zeigt 12, die zweite 30 Zangenentbindungen. Bei der zweiten Gruppe starb keine Mutter, bei der ersten 1 Mutter und 1 Kind wurde craniotomirt. Davon abgesehen stehen die beiden Gruppen an Kindermortalität (Zahlen sind nicht angegeben) einander gleich.

Herdegen (Stuttgart).

---

6. **Th. Radford** (Manchester). Ueber den Werth und Gebrauch der langen Zange.

(Brit. med. Journ. 1878. Oct. 26.)

Mit Bezug auf Swayne's Aufsatz im Brit. med. Journ. vom 2. Oct. 1878, der vor zu frühem und häufigem Gebrauch der langen Zange gewarnt hatte, da der frühzeitige Gebrauch der Zange nicht nur nichts nütze, sondern direct schade, spricht sich Verf. nach langjähriger Erfahrung in seiner Praxis dahin aus, dass bei Beckenenge die lange Zange anzuwenden sei, ehe die Weichtheile des Eingangs dem Druck ausgesetzt werden, auch wenn der Muttermund noch nicht völlig erweitert sei. **Fehling** (Stuttgart).

---

7. **H. Eales** (Birmingham). Ueber Asthenopie bei Frauen der klimakterischen Periode.

(Brit. med. Journ. 1878. Oct. 26.)

Verf. bekämpft die von Higgins ausgesprochene Ansicht (s. Brit. med. Journ. 1878, 12. Oct.), dass die Asthenopie etwas der klimakte-

rischen Periode eigenes sei, er hat dieselbe auch bei ganz jungen Frauen und selbst bei jungen Männern gefunden. Dieselbe sei unabhängig von Refractionsanomalien, meist findet man Hyperämie der Retina. **Fehling** (Stuttgart).

---

8. **Hennig** (Leipzig). Ueber Laparotomie behufs Ausrottung von Uterusgeschwülsten.

(Sammlung klin. Vorträge No. 146.)

Der Erste, der wissentlich einen Uterintumor entfernte, soll Gaetano de Faenza (1815) gewesen sein. Die Ursache des zuweilen nach der Operation auftretenden Tetanus soll Verletzung der grossen in den Ligamentis latis verlaufenden Nervenstämme sein. Die Hauptgefahr der Operation aber liege in der Blutung. Nach einer Zusammenstellung auch von älteren Fällen starben von 142 Operirten 82, also mehr als die Hälfte. Bei dieser hohen Lebensgefahr ist zu bedenken die mögliche spontane Rückbildung der Fibrome, und die Sistirung der Blutungen nach der Castration.

Angezeigt ist die Operation bei unstillbaren Blutungen, bei zu starkem Druck auf Darm und Harnleiter. Verf. empfiehlt $^1/_3$ % Salicyl- oder 1 % Carbolspray zur Operation, letzteren, um Collaps bei zu starker Lösung oder zu langer Dauer zu vermeiden, zur Narkose Methylenbichlorid, das Zimmer soll 18° warm sein mit Wasserverdunstung. Bei Schilderung des gewöhnlichen Operationsganges empfiehlt er Andrücken der Bauchdecken gegen den Tumor, vorgefallene Därme sind mit einem warmen Leintuch zu bedecken. Bei gestielten Fibroiden ist nur dieses zu entfernen, durch doppelte Unterbindung mit Seidenfaden. Bei Complication mit Schwangerschaft räth er zur Porro'schen Operation.

Vor Anlegung des Ecraseurs oder der Drahtschlinge soll beiderseits das Bauchfell mit Umgehung grösserer Gefässe mässig eingeschnitten werden, um in die dadurch entstandene Rinne die Schlinge zu legen. Die sichre und bis jetzt meist befolgte Methode ist die extraperitoneale. Die intraperitoneale Methode setzt genauere Versorgung jedes einzelnen Gefässes voraus. Die weitere Operation und Nachbehandlung sind wie gewöhnlich. **Fehling** (Stuttgart).

---

9. **D. Christie** (Donegal). Ueber Blutstillung durch Wasserdruck.

(Med. Press 1878. Sept. 4.)

Verf. hat ein neues Instrument erfunden, um Blutungen in der Nachgeburtsperiode zu bekämpfen. Das Princip desselben beruht auf Druck auf die blutende Oberfläche. Es besteht aus einem Gummisack und einer Gummiröhre, 4′ lang mit einer metallischen Vorrichtung nach Art des Siphons. Der Sack wird in den blutenden Uterus gebracht, mit Wasser gefüllt, das Wesentliche besteht in der

Füllung des Schlauches durch Siphon-Wirkung. Contrahirt sich der Uterus, so treibt er das Wasser aus, das beim Nachlass wieder zurückfliesst. Auch bei Placenta praevia hat das Instrument sofort blutstillend gewirkt. **Underhill** (Edinburg).

---

10. **C. Hure.** Ein neues Material zur Ligatur.

(Lyon méd. 1878. Sept.)

Für solche Fälle, in denen man bisher das Catgut wegen zu rasch erfolgender Resorption entweder gar nicht, oder doch nur ungern anwandte, also namentlich zur Unterbindung sehr starker Arterien, zur Ligature en masse bei Ovariotomien, Uterusexstirpationen, zur Knochen- oder Sehnennaht, empfiehlt Verf. den Magnesiumdraht. Unter dem Einfluss der Wärme und Feuchtigkeit der Gewebe wird derselbe langsam oxydirt, d. h. in leicht resorbirbare Magnesia verwandelt. Die Dauer dieses Resorptionsprocesses richtet sich wesentlich nach der Dicke des angewandten Drahtes; genauere Angaben darüber fehlen.

Der Magnesiumdraht reizt nicht, imbibirt sich nicht, bricht nicht, und lässt sich gut knoten. Verf. wandte ihn in 3 Fällen an: zur Unterbindung der A. radialis und 2 Mal bei der Varicocelenoperation.

Schwarz (Halle a/S.).

---

11. **Tarnier** (Paris). Neuer Kephalothrypter.

(Journ. de méd. 1878. Oct.)

Ausser der Kopf- und Beckenkrümmung hat das neue Instrument noch eine solche für den Damm, jedes Blatt besitzt 3 ovale Fenster und an der Innenfläche 2 Vorsprünge, welche sich in die Kopfhaut einpressen und dadurch das Abgleiten verhindern sollen.

Schwarz (Halle a/S.).

---

12. **Clooten** und **Chassagny.** Methodische Compression bei beginnender Mastitis.

(Lyon medical 1878. Oct.)

Eine Art Kappe aus nicht dehnbarem Stoff wird mit Riemen auf der kranken Brust befestigt; zwischen diese Kappe und die Brust wird ein dünner Kautschucksack eingeschaltet, der die ganze Mamma bedeckt und nach Belieben stark oder schwach mit Luft oder Flüssigkeit gefüllt werden kann. Um das Kind anlegen zu können und eine starke Milchstauung zu verhüten, wird der Apparat täglich mehrere Male auf einige Minuten abgenommen.

Vor den bisher angegebenen Compressionsmethoden zeichnet sich diese dadurch aus, dass der Druck auf das kranke Organ überall ein gleichmässiger ist und dass sie leicht, auch von Laien, ausgeführt werden kann.

In den zwei mitgetheilten Fällen beginnender Phlegmone leistete sie ganz vorzügliche Dienste, die vorher kaum erträglichen Schmerzen waren sofort, die Infiltration nach 3 Tagen völlig beseitigt.

Schwarz (Halle a/S.).

---

13. **Michels** (Creuznach). Die Jod- und Bromquellen von Creuznach.

Vorliegende in französischer Sprache abgefasste Schrift giebt in aller Kürze alles für den Arzt über Creuznach Wissenswerthe. Da die in derselben vertretenen Anschauungen vollständig mit den sonst in Deutschland verbreiteten Ansichten über den Werth und die Indicationen der Creuznacher Quellen harmoniren, so verzichten wir auf ein genaueres Referat. Rühmend verdient indessen hervorgehoben zu werden, dass die Schrift durchaus sachlich gehalten ist und rücksichtlich der Schilderung von Heilerfolgen besonders bei gynäkologischen Leiden sich von jeder Uebertreibung und Schönfärberei fern hält.

Runge (Berlin).

---

14. **Chenet.** Die Involution des Uterus und der Uterusinfarct.

Thèse de Paris, 1878. **Delahaye,** 80 Seiten.

Verf. bespricht ausführlich Anatomie, Aetiologie und Symptomatologie der chronischen Metritis.

Therapeutisch empfiehlt er warm die Methode seines Lehrers (Siredey), welche darin besteht, dass in einem Menstruationsintervall 1—2 ergiebige Scarificationen der Portio vorgenommen werden, nach welchen die Pat. jedesmal 48 Stunden zu Bett liegen müssen. Die Nachbehandlung besteht im Einlegen von Tannin-Glycerintampons (2 %). Im Nothfall wird nach einigen Menstruationsepochen dieselbe Procedur wiederholt. Alle Cauterisationen, wie und womit sie auch vorgenommen würden, seien nicht nur irrationell und unnütz, sondern geradezu schädlich und gefährlich.

Schwarz (Halle a/S.).

---

15. **Dumas.** Beobachtungen und klinische Untersuchungen über den Einfluss der Arterien-Spannung im Wochenbett auf den Verlauf von Krankheiten.

(Archives de tocologie 1878. Juli.)

Bei der Untersuchung, welchen Einfluss physiologische Vorgänge wie Schwangerschaft und Wochenbett auf Krankheiten haben, machte Verf. an 2 Fällen eine Beobachtung, die wegen ihrer Wichtigkeit zur sorgfältigsten Untersuchung ähnlicher Fälle dringend auffordert.

Eine Ipara, die sonst gesund im 12. Jahre an convulsivischen Zuckungen gelitten hatte, bekam, als sie am 15. Tage p. p. aufgestanden war, heftige Kopfschmerzen und Schwindel. An den folgen-

den Tagen fällt sie mehrmals hin, immer nach links und hinten, kann bisweilen für kurze Zeit einige Worte nicht aussprechen, die sie sagen will und fühlt sich sehr unsicher auf den Beinen. Dieser Zustand dauert mit zeitweiligen Besserungen etwa 2 Monate, wo sie ziemlich plötzlich stirbt. An der Convexität und an der Basis der rechten Hirnhemisphäre fanden sich sieben kirsch- bis linsengrosse Tumoren, die in der Mitte meist verfettet waren. Nach mikroskopischer Untersuchung derselben ist Verf. der Meinung, dass sie durch Wucherung der Pacchioni'schen Granulationen entstanden sind. —

Im zweiten Falle handelte es sich ebenfalls um eine Ipara, die früher einmal gefallen war und darauf zeitweise an heftigen Nervenzufällen litt. Dieselbe bekam am 7. Tage nach einer ganz normalen Entbindung einen Anfall, der unter heftigen Gliederzuckungen und Bewusstlosigkeit eine Stunde dauerte. Nach zwei Tagen stellte sich ein komatöser Zustand ein, der fast bis zu dem am fünfzehnten Tage erfolgenden Tode anhielt. Die Symptome in den letzten acht Tagen waren zweierlei Art; einerseits war der Kopf nach links gezogen, und Decubitus auf der linken Seite, anderseits bestand Empfindlichkeit des Leibes und hohes Fieber. Dem entsprach auch der Sectionsbefund; die Geschlechtstheile waren wie bei einer schweren Wochenbettserkrankung, im Schädel dagegen fanden sich Veränderungen (Exostosen), welche von einer alten Fractur herrührten.

Nach einer ausführlichen Besprechung dieser beiden Fälle kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Die beiden Pat. hatten Gehirnleiden, die schon lange bestanden und noch lange hätten bestehen können.

2) Die Geburt und die ihr normaler Weise folgende Arterien-Spannung hat auf diese pathologischen Zustände einen sehr verhängnissvollen Einfluss gehabt, und muss als Ursache der Zufälle angesehen werden, die den Tod zur Folge hatten.

3) Die Existenz der puerperalen Arterien-Spannung genügt auch ohne eine puerperale Krankheit, zur Erklärung dieser Thatsache.

(Anhang.) Ueber die Arterien-Spannung während des Wochenbettes.

Verf. zeigt an einer Reihe von Pulscurven — entgegen Lorain »dass das Fieber die Eigenthümlichkeiten des Pulses im Wochenbett verschwinden mache« — dass die Arterien-Spannung erstens auch im Fieber bestehen bleibe und zweitens viel länger anhalte, als die bekannte Verlangsamung des Pulses.

Beide Sätze sind für seine Erklärung — Satz I für Fall II und Satz II für Fall I — von grosser Wichtigkeit.

Schütz (Leipzig).

---

16. **Triaire** (Tours). Ueber Bluttransfusion bei Blutungen im Wochenbett.

(Archives de tocologie 1878. Aug. u. Sept.)

Verf. ist der Meinung, dass die Transfusion von unschätzbarem Werth ist, wenngleich es oft schwer zu sagen sein mag, dass die nach derselben am Leben Erhaltenen ohne dieselbe bestimmt zu Grunde gegangen wären. Es soll nicht sowohl dem Organismus das verlorene Blut ganz oder theilweise ersetzt als der unmittelbar bevorstehende Tod verhütet und dadurch dem Körper Zeit verschafft werden, sich wieder zu erholen.

Die drei hauptsächlichsten Gefahren sind leichter zu umgehen, als man allgemein glaubt. Das Blut vom Menschen gerinnt erst in einer Zeit von 4—5 Minuten; ferner ist das Eindringen von Luft in eine Vene, die entfernter vom Herzen liegt, nicht absolut tödtlich. Nysten brachte 60—65 ccm in die Vene eines mittelgrossen Hundes, um ihn zu tödten. Drittens soll man die bedrohlichen Lungensymptome dadurch vermeiden können, dass man mit der Operation aufhört, sobald sich ein trockner Husten bemerkbar macht.

Die Quantität betrage zwischen 50—200 g, gewöhnliches Blut ist besser als defibrinirtes (45,9% Mortalität bei jenem gegen 69,7% bei diesem). Menschenblut ist dem des Thieres unbedingt vorzuziehen, und die Transfusion erfolge von Vene zu Vene. Ueber die Apparate (mit Abbildungen) ist das betreffende Capitel nachzulesen.

Schütz (Leipzig).

---

17. **Lagneau** (Paris). Untersuchungen über Geburtshäufigkeit und Sterblichkeit bei unehelichen Kindern mit Rücksicht auf das Gesetz betr. die Frage nach der Vaterschaft.

(Mittheilung in der Académie de médicine. — Progrès médic. 1878. No. 33.)

Lagneau zieht aus seinen statistischen Untersuchungen über diesen Gegenstand folgende Schlüsse:

Das Verbot der Fahndung nach der Vaterschaft vermehrt die Zahl der illegitimen Geburten, indem es den Vater aller Pflichten gegen sein Kind enthebt. Die Zahl der Todesfälle bei illegitimen Kindern steigt dadurch auf mehr als das Doppelte der ehelich geborenen; criminelle Aborte und Kindstödtungen kommen durch die alleinige Verantwortung der unverheiratheten Mutter häufiger vor; spätere und seltenere Verehelichungen und eine beschränktere Anzahl legitimer Geburten kommen dadurch zu Stande, dass das Gesetz den Mann für die Folgen seiner ausserehelichen Sünden nicht verantwortlich macht.

Engelhorn (Winnenthal).

---

18. Zuntz. Ueber die Wirkungen des Stickoxydulgases; vorläufige Mittheilung.

(Pflüger's Archiv Bd. XVII, Hft. 2. p. 135.)

19. Goldstein. Ueber die physiologischen Wirkungen des Stickoxydulgases; mit 5 Tafeln.

(Pflüger's Archiv Bd. XVII, Hft. 7. p. 331.)

Der Beweis, dass N_2O kein indifferentes Gas ist, wie Traube behauptete, wird durch 2 Frösche geliefert, von denen einer in H und der andere in N_2O gebracht wird; denn während der zweite, nach $5^1/_2$ Minute bereits seine Reactionsfähigkeit verloren hat, reagirt der erste noch nach $^5/_4$ Stunden. Diese Reactionslosigkeit erzeugende Wirkung des Lustgases geht schnell verloren, wenn man eine Spur atmosphärischer Luft zutreten lässt; daraus geht hervor, »dass rasche und vollständige Narkose nur dann erzeugt und erhalten wird, wenn sich die Wirkung des N_2O mit der des O Mangels combinirt.« (Bei erhöhtem Luftdrucke liegen nach Bert die Verhältnisse vielleicht anders.) Bei Einathmung eines Gemisches von O und N_2O von vornherein treten schliesslich auch narkotische Wirkungen hervor, die sich bei Thieren aber nur in Herabsetzung des Vagustonus d. h. in verminderter Respirationsfrequenz und vermehrter Pulsfrequenz aussprechen. Bei Einathmung O losen Lustgases, wo die Anästhesie eine völlige wird, ist das Verhalten der einzelnen Körperfunctionen folgendes:

1. Hinsichtlich der Athmung wurde constatirt, dass die drei von Hoegyes für die Erstickung aufgestellten Stadien mit den von demselben für Chloroform- und Chloralhydraterstickung angegebenen Modificationen fast genau ebenso auch bei der Erstickung durch N_2O auftreten. Wichtig ist jedoch dabei, dass die Dyspnoe geringer ist, Krämpfe fast ganz fehlen und die Unempfindlichkeit gegen Schmerz nicht erst in der zweiten Hälfte des dritten Stadiums d. h. dicht vor der Athemlähmung sondern im zweiten Stadium, zur Zeit der activen Exspirationen, wo von einer Gefahr für das Athemcentrum noch nicht die Rede sein kann, eintritt.

2. Der Blutdruck steigt wie bei und nach jeder Erstickung so auch während der N_2O Narkose und dann wieder nach ihrer Beendigung beträchtlich an. Die Druckelevation im Stadium der Reconvalescenz ist oft eine ganz plötzliche, nach Z. hauptsächlich auf Contraction der Eingeweidegefässe beruhende. Bei Personen, bei denen man Apoplexien befürchten muss, wird man daher gut thun den Zeitpunkt der Verdauung zur Einleitung der Narkose zu vermeiden, da die in diesem Stadium stärkere Füllung der Eingeweidegefässe durch plötzliche Contraction derselben eine stärkere Drucksteigerung wahrscheinlich erscheinen lässt. Hierbei ist zu erwähnen, dass auch eine Zahnextraction ohne Narkose durch Reizung sensibler Nerven eine erhebliche Blutdrucksteigerung bedingt.

3. Der Puls zeigt zu Anfang der Narkose bei Menschen ent-

sprechend der Herabsetzung des Vagustonus eine Steigerung seiner Frequenz. Die bei jeder anderen Erstickung zu beobachtende Verlangsamung und Verstärkung der Herzcontractionen fehlt hier fast vollständig. Nach eingetretener absoluter Athemlähmung schlägt das Herz wie bei der Kali- und Chloroformvergiftung noch lange fort, und dies muss den Arzt ermuthigen, wenn ihm bei der Narkose ein Patient zu athmen aufhört, methodische Compressionen des Thorax nach Boehm vorzunehmen.

4. Die Reactionslosigkeit der Cornea tritt beim Kaninchen in der 30., beim Hund in der 40.—50., beim Menschen in der 70.—80. Secunde der Inhalation ein, doch ist die Anästhesie schon lange vorher gross genug, um kleine Operationen vornehmen zu können. Gemäss der höhern Organisation des Menschenhirns ist im Moment des Eintritts der Anästhesie die Erstickung beim Menschen weniger weit fortgeschritten als beim Hunde, beim Hunde weniger weit als beim Kaninchen. Eben daher erklärt es sich auch, dass Mischungen von O und N_2O auf den Menschen stärker wirken als auf Thiere. Für das Stadium der Erholung ist zu bemerken, dass es einen Zeitpunkt von oft Stunden Länge giebt, wo Respiration und Puls wieder normal functioniren, die Reflexerregbarkeit dagegen erhöht ist, während Bewusstsein und willkürliche Bewegung noch fehlen. Aus dieser Thatsache sowie aus zu lange fortgesetzter Inhalation des Gases erklären sich (nach dem Verf.) alle in der Literatur gemachten Angaben über die schädlichen Nachwirkungen der Stickstoffoxydulnarkose an Menschen.

Die definitive Beantwortung der Frage, ob der thierische Organismus N_2O zersetzen kann, wird von G. trotz zahlreicher darüber angestellter Versuche nicht gegeben. **Kobert** (Halle a/S.).

---

20. **Charcot** (Paris). Ein Compressor der Ovarien als Mittel hystero-epileptische Anfälle zu unterdrücken.

(Mitgetheilt von **P. Richer** im Progrès méd. 1878. No. 52.)

Der »Compresseur des ovaires« besteht aus einer gepolsterten Rinne, welche dazu bestimmt ist, das Becken in sich aufzunehmen und mittelst 2 Riemen um den Leib geschnallt wird. Diese Rinne ist von einer Metallplatte umfasst, deren Enden so eine vertical gestellte Oeffnung besitzen, um die beiden Endstücke eines cylindrischen Reifes aufzunehmen, welcher quer über den vorderen Umfang des Leibes geht. An diesem Reif lässt sich ein durch eine Schraube zu fixirender Ring verschieben, an welchem sich ein metallischer Stiel befindet. An diesem ist ein zweiter Ring angebracht, in welchem ein Metallstab senkrecht gegen das Abdomen gleiten und dort angelangt mittelst einer Schraube festgestellt werden kann. Am untern Ende des Metallstabs ist eine Korkpelotte angebracht, welche je nachdem man ein oder beide Ovarien comprimiren will, eine cylindrisch-conische oder eine Hufeisenform besitzt. Die Anwendung des In-

struments erklärt sich aus seiner Beschreibung. Folgen 3 kurze Beobachtungen von Kranken, an welchen der Apparat oft bis zu 48 Stunden applicirt wurde. Darüber, dass das Ovarium durch diesen nur von aussen wirkenden Apparat auch in der That eine Compression erleidet, scheint für den Verf. gar kein Zweifel zu bestehen, der doch um so berechtigter sein dürfte, als die Verstärkung und Abschwächung des anzuwendenden Druckes den Kranken selbst überlassen ist.

Engelhorn (Winnenthal).

---

21. **Charcot** (Paris). Künstliche Hervorrufung von Catalepsie und Somnambulismus bei Hysterischen.

(Mitgetheilt von **P. Richer** im Progrès méd. 1878. No. 51.)

Die bekannte Thatsache, dass hysterische Personen auf künstliche Weise, bei welcher es sich im Grunde nur um eine Ablenkung der Aufmerksamkeit von der Aussenwelt handelt, in den Zustand von Catalepsie versetzt werden können, hat C. zum Gegenstande neuer Untersuchungen gemacht. Er lässt die Kranke ein helles (Drummond'sches) Licht fixiren, worauf sie in Catalepsie verfällt mit vollständiger Flexibilitas cerea (1. Stadium). Wird das Licht entfernt oder die Augen der Kranken geschlossen, so entsteht ein 2. »somnambulisches« Stadium, in welchem die Kranke eine bedeutend gesteigerte Muskelerregbarkeit zeigt, verbunden mit der bekannten Verschärfung der Sinne (Erkennen von Personen, Schreiben mit geschlossenen Augen u. s. f.). Von Interesse ist die Erscheinung, dass bei einer Kranken, welcher nur ein Auge zugehalten wird, auf dieser Seite die Zeichen des somnambulischen Stadiums an den Tag legt, während auf der Körperhälfte des geöffneten Auges die Catalepsie fortdauert. Erweckt wird die Kranke aus diesen Zuständen durch brüsque mechanische Reize aller Art und durch »Compression der Ovarien!«

Engelhorn (Winnenthal).

---

22. **Tarchanoff** (Petersburg). Ueber die Gehirncentren der neugeborenen Thiere und ihre Entwickelung unter verschiedenen Bedingungen.

(Revue mensuelle 1878. No. 10—11.)

Soltmann hat in seinen Arbeiten »über die Functionen des Grosshirns bei Neugeborenen« (Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. IX) und »über das Hemmungsnervensystem der Neugeborenen« (Ebendaselbst Bd. XI) gezeigt, dass bei neugeborenen Thieren sämmtliche Bewegungen unwillkürlich sind, dass Willensbewegungen sowohl wie ein Mechanismus die Reflexe zu hemmen völlig fehlen. Diese Resultate wollte er ohne Weiteres auf den Menschen übertragen. Seine Versuchsthiere waren indessen nur Hunde und Kaninchen, also blindgeborene Thiere. Dem gegenüber experimentirte nun T. mit sehendgeborenen Thieren, vorzüglich mit Meerschweinchen und kam zum entgegengesetzten Resultat. Er konnte nämlich nicht allein am neu-

geborenen Meerschweinchen psychomotorische Centren nachweisen, sondern sogar an dem noch nicht geborenen Fötus. Ebenso liess sich die Existenz von Hemmungscentren constatiren, auch besass der Vagus seinen den Herzschlag verlangsamenden Einfluss im vollen Maasse wie beim Erwachsenen. Damit in Uebereinstimmung war das Resultat der anatomischen Untersuchung. Structur des Gehirns und des Vagus beim Meerschweinchen war ungleich höher ausgebildet und ähnlicher der des erwachsenen Thieres als beim Hund und Kaninchen, ebenso fand sich das Gehirn des Meerschweinchen wasserärmer und reicher an Phosphor. Das Meerschweinchen kommt also mit einem ungleich höher entwickelten Nervensystem zur Welt. Dieser Umstand erklärt sich zum Theil vielleicht daraus, dass das Kaninchen seine Jungen nur 4, das Meerschweinchen 9 Wochen trägt. Indessen ist diese Erklärung nicht völlig zutreffend, da der blindgeborene Hund auch 9 Wochen getragen wird, sondern es sind hier jedenfalls Umstände im Spiel, welche die Ernährung und Entwicklung des Nervensystems des Meerschweinchenfötus ganz besonders begünstigen. Es folgen nun eine Reihe höchst interessanter Versuche, durch die Verf. zeigt, dass es allerdings gelingt die Entwicklung des Nervensystems zu beschleunigen oder zu hemmen. Bei jungen Hunden hatte eine künstlich hergestellte Hyperämie des Gehirns und kleine Gaben von Phosphor zu Folge, dass die anfangs reactionslosen Gehirncentra viel eher reizbar wurden, das Gehirn viel schneller an festen Bestandtheilen zunahm und sich die Augen eher öffneten, als bei normalen Thieren. Umgekehrt hatte künstlich erzeugte Anämie des Gehirns und Darreichung von Alkohol eine Entwickelungshemmung der genannten Organe zu Folge. Verf. knüpft hieran die Idee, dass man durch fortgesetzte Fütterung ganzer Generationen mit Phosphor schliesslich vielleicht auf neugeborene Kaninchen und Hunde mit vorgeschrittener Entwicklung des Nervensystems und mit bei der Geburt schon offenen Augen erzielen würde. — Dies der wesentliche Inhalt der Arbeit, ein weiteres Eingehen auf einzelne gewiss sehr discutable Punkte würde uns zu weit auf das Gebiet der Physiologie und Anatomie führen. — Für den Experimentator geht aber aus dieser Arbeit auf's Neue die Lehre hervor, wie gewagt es ist Resultate von Versuchen, die nur an einer Thiergattung gewonnen wurden, ohne Weiteres auch auf andere und auf den Menschen zu übertragen.

Runge (Berlin).

Casuistik.

23. **A. S. Coe.** Albuminurie.

(The American Journal of obstetrics 1878. Oct. p. 727.)

Albuminurie in der Schwangerschaft bedingt keineswegs immer Convulsionen. Verf. beobachtete eine Reihe von Fällen, in denen als Hauptsymptom im 3.—6. Schwangerschaftsmonat Dyspnoe auftrat, anfangs gering, später zu bedrohlichen Asthmaparoxysmen sich steigernd. Gleichzeitig Anämie, Kräfteverfall, geringe Widerstandskraft beim Eintritt des Geburtsactes. In schweren Fällen Husten mit

pneumonischem oder blutigem Auswurf, Symptome, welche auf hypostatische Congestionen zu den Lungen und Lungengefässen hinweisen; diese bedingen Lungenoedem, Erguss von Serum ins Pericard, die Herzaction wird behindert. Schwellung der Füsse, Aufgedunsensein des Gesichts und der Augenlider sind mehr oder weniger Vorläufer puerperaler Convulsionen. Verf. theilt 2 interessante Fälle von puerperaler Albuminurie, den einen in Heilung übergehend, den andern mit tödtlichem Verlaufe mit, bei denen gar keine Neigung zur Eklampsie sich zeigte, sondern nur die oben geschilderten Dyspnoeerscheinungen auftraten, ohne dass ein Herzfehler vorhanden war. In einem 3. ausführlich geschilderten Falle traten die Dyspnoeerscheinungen mehr in den Hintergrund und Gehör- und Gesichtshallucinationen mit vorübergehenden Sehstörungen lenkten ihre Aufmerksamkeit auf sich. Die Frage entsteht: »In welchem Zusammenhang steht die Schwangerschaft zur Albuminurie und 2. die Albuminurie zu den verschiedenen Phänomenen, welche sie hervorzurufen im Stande ist. Die Entwicklung des Puerperalzustandes lässt oft eine natürliche Schwäche des Organismus hervortreten, die bis dahin latent war. »Umwandlungen im Nervensystem« bedingen mannigfache Formen von Neurosen, Melancholie, Hysterie, Puerperalmanie, die Functionen des Magens, des Herzens, der Leber kommen aus ihrem Gleichgewicht; ebenso die Nieren, ohne dass permanente Structurveränderungen einzutreten brauchen; meist schwindet das Eiweiss aus dem Urin nach Aufhebung des Schwangerschaftszustandes. Schwangerschaft beschleunigt oder ruft ferner bis dahin latente Krankheiten als Lungentuberkulose, Hysterie, Geisteskrankheiten hervor. Man ist daher wohl auch berechtigt anzunehmen, dass die Albuminurie das Resultat von einer oder mehreren Formen von Neurosen ist, deren Ursprung in der Entwicklung des Schwangerschaftszustandes gesucht werden muss. Zu diesen gewöhnlichen Formen von Neurosen tritt als 2. sehr gefährlicher Factor — das urämische Gift. Der toxische Einfluss documentirt sich in Oedem der Füsse, Schwellung des Gesichts und der Augenlider und den übrigen gewöhnlichen Symptomen von Urämie, bisweilen kommen noch seröse Ergüsse in Pericard und das Lungengewebe hinzu. Bei der hohen »Spannung des Nervensystems« Schwangerer bedarf es nur des geringsten Anstosses um die tumultuarischsten Scenen hervorzurufen. — Therapie: Kalisalze mit Digitalis, salinische Abführmittel. — Gute Ernährung, Tonica (Eisen), absolute Ruhe, Opium, Bromkali, Application von Eis auf Kopf und Nacken — bei ausgebrochenen Convulsionen fortgesetzte Morphiuminjectionen von überraschend günstiger Wirkung — Aderlass und Chloroform erwies sich als gänzlich nutzlos. —

Pott (Halle a/S.).

24. **W. T. Lusk** (Philadelphia). Imperforirte Urethra mit consecutiver Hydronephrosis.

(The American Journal of obstetrics 1878. Oct. p. 781.)

A. C., Ipara, 24 Jahr, bekam am 28. Febr. Wehen, ohne dass die Geburt besonders vorwärts geschritten wäre. Die Untersuchung am 2. März ergab eine kugelförmige Vorwölbung des Abdomen in der Nabelgegend und einen plötzlich steilen Abfall nach den Schamtheilen zu. Die innere Untersuchung (in Chloroformnarkose wegen grosser Reizbarkeit der Kreissenden) liess einen kaum markgross erweiterten Muttermund erkennen, der aber völlig dilatirbar war. Auffallend war das ungemein leichte Ballottement des hochstehenden Kopfes. Bei der Untersuchung sprang die Blase und eine grosse Menge Amnionflüssigkeit entleerte sich. Der Kopf wurde spontan geboren, nach Lösung der über die Brust gekreuzten Arme folgte nach einigen Tractionen auch der Thorax. Weitere Tractionen blieben erfolglos, Vulva und Vagina war fest um den Fötus contrahirt, die bereits geborenen Theile waren blau und geschwollen; als Geburtshinderniss wurde die excessive Ausdehnung des fötalen Abdomen erkannt. Schliesslich wurde das Kind doch noch durch einige gewaltsamere Tractionen (Dammriss) entwickelt. Das Kind war todt geboren, ascitisch im höchsten Grade. Das Abdomen des Kindes maass unmittelbar nach der Geburt in Nabelhöhe 20″. Die Section ergab starke Cyanose des Kopfes, frei bewegliche Schädelknochen, gut entwickelte Extremitäten, ovoid

gestaltetes, prall ausgedehntes Abdomen 16½" Umfang in der Nabelhöhe, Fluctuation, Dämpfung. Nach Eröffnung des Abdomen in der Mitte zwischen Nabel und Schamfuge floss eine blasse, strohgelbe Flüssigkeit ab, die aber bald zu fliessen aufhörte, aus einer 2. Oeffnung zwischen Nabel und Process. ensiform. ergoss sich eine helle klare Flüssigkeit, die Colloidmassen enthielt, Ascites und Urin zusammen messen 28 Unzen. Farbe dieser Flüssigkeit hell strohgelb, kein wahrnehmbarer Geruch, Reaction sauer. Specifisches Gewicht 1004°. Kein Albumen, kein Schleim, kein Zucker darin nachzuweisen. Eine Spur von körnigem Niederschlag. Mikroskopischer Befund: Einzelne Krystalle von harnsaurem Natron, Pflasterepithel, einzelne Epithelzellen aus der Blase, vereinzelte Blutkörperchen und Stabbacterien. — Die Blase erfüllte als weiter Sack die unteren ⅔ des Abdomen und war mit ihrem oberen Theile etwas über dem Nabel an die vordere Bauchwand geheftet. Die Muskulatur der Blase hypertrophisch, Schleimhaut blass, Bougie No. 8 konnte durch die Vaginalöffnung der Urethra geführt werden, doch fehlte die Ausgangsöffnung (Congenital-Verschluss der Urethra), Ureteren bis ¼" erweitert, gewunden, münden an normaler Stelle in die Blase, nur etwas weiter von einander getrennt. Nieren und Nierenbecken dilatirt, Pyramiden nicht mehr zu unterscheiden, ein ganz schmales Band von Nierenstructur ist übrig geblieben. Geringe Ergüsse in Pleurahöhle und Pericard. Die übrigen Organe normal. **Pott** (Halle a/S.).

25. **Jenkins.** Erysipelas bei einem Neugeborenen.

(The American Journal of obstetrics 1878. Oct. p. 777.)

Ein Erysipel von den Schamlippen beginnend, verbreitete sich mit grosser Schnelligkeit, so dass am 5. Tage es oben Nabel- und unten Kniehöhe erreichte. Der Arzt fand das Kind anscheinend im Sterben. Die Röthe des Erysipels war verschwunden, die Endphalangen der Finger und die Lippen zeigten eine tief dunkelrothe Färbung. Die Athembewegungen hatten fast aufgehört, die Herzaction war eine sehr minimale. Etwas Alkohol wurde eingeflösst und die künstliche Respiration eingeleitet, 11 Stunden, die letzten 5 Stunden mit Unterbrechungen, fortgesetzt, und völlige Heilung erzielt. Der Fall ist als schwerer Collapszustand, wie er auch nach Verbrennungen auftritt, anzusehen. **Pott** (Halle a/S.).

26. **Jacobi.** Pseudo-hypertrophie bei einem Kind.

(The American Journal of obstetrics 1878. Oct. p. 789.)

Bei einem Mädchen von 8 Jahren zeigte sich im 4. Jahre Schwellung der ganzen rechten unteren Extremität mit Ausnahme des Fusses. Bis vor 3 Monaten blieb der Zustand stationär, dann erfolgte ein rapides Wachsthum in den Dickenverhältnissen des Beins. Gegen Abend wurde in dem erkrankten Beine grössere Ermüdung verspürt, sonst functionirten alle Organe normal. Die bedeutende Schwellung erstreckte sich mit Ausnahme des Fusses über die ganze Extremität bis zu den Glutealmuskeln, die indessen nicht mit ergriffen waren. Auch der linke Oberschenkel ist etwas verdickt. Keine Sensibilitätsstörung, die geringen motorischen Störungen waren abhängig von den Fettablagerungen zwischen Haut- und Muskelgewebe. Die Bauchmuskeln etwas dicker als normal. — Ca. 100 Fälle beobachtet, 80% Knaben. Die Krankheit entwickelt sich meist im 4. Jahre, beschränkt sich zunächst auf die eine Extremität, schreitet aber nach geraumer Zwischenzeit auch auf die andere über; ungemein selten werden die oberen Extremitäten befallen; in einem Falle waren mit Ausnahme der Pectoralmuskeln auch die Rumpfmuskeln ergriffen. Eine verwandte Krankheit ist die progressive Muskelatrophie Erwachsener. — Es handelt sich um entzündliche Zustände des interfibrillären Zellgewebes der Muskeln mit Ablagerung von feinvertheilten Fettkörnchen; nach einiger Zeit zeigen sich auch die Muskelfibrillen selbst geschwollen und enthalten eine grosse Menge ähnlicher granulärer, fettiger Einlagerungen. — Später bieten die Nerven einen gleichen Befund; man könnte annehmen, dass eine Neuritis ascendens die vorderen Hörner des Rückenmarks erreiche und so ein Uebergreifen auf die andere Extremität bedingt würde, doch ist wohl von vornherein ein

centraler Sitz in den vorderen Hörnern des Rückenmarkes anzunehmen, eine Vermuthung, die durch die pathologische Erfahrung und das pathologische Experiment (Charcot) fast sicher gestellt ist.

Prognosis quoad vitam sehr günstig, quoad valetudinem completam mehr als zweifelhaft.

Erfolge sind möglicher Weise zu erwarten von Jodeinpinselungen, Quecksilbereinreibungen, schwachen elektrischen Strömen, Ergotininjectionen, später von der Massage. Trotzdem tritt meist Parese, wenn nicht Paralyse der Muskeln ein. Nach 2monatlicher localer Quecksilberbehandlung wurde eine Verengerung der Circumferenz des Oberschenkels um 2—3 cm constatirt. —

Pott (Halle a/S.).

27. **Mc Lane.** Plötzliches Verschwinden der Albuminuria nach Einleitung der Frühgeburt.

28. **Mc Lane.** Behandlung der Albuminuria in der Schwangerschaft.

(The American Journal of obstetrics 1878. Oct. p. 794 u. 812.)

I para, 24 Jahr alt, Schwangerschaft bestand 7 Monate und 3 Wochen. Urin eiweissfrei bis die letzten 14 Tage, wo sich 75 p. c. Albumen nachweisen liess. Es zeigte sich Aufgedunsensein des Gesichts und der oberen Augenlider, Anasarka. Unregelmässige Verdauung, Kopfschmerzen. In Folge von Verabreichung von Magnesia sulf., 23 Stuhlgänge, Oedeme wenig verändert, sparsamer Urin mit grösserem Eiweissgehalt als Tags zuvor. Digitalis, trockene Schröpfköpfe in die Nierengegend. Gleiche Eiweissmenge, sparsame hyaline Cylinder. Nervöse Symptome fehlen, etwas Kopfschmerz. Da trotz angewandter innerer Mittel keine Besserung erfolgt, Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch Einführung eines biegsamen Bougies. Nach 41 Stunden wird ein $4^1/_2$ Pfund schweres Kind lebend und kräftig schreiend geboren. 5 Tage nach der Geburt kein Eiweiss im Urin mehr nachweisbar. — Mc Lane empfiehlt ein frühzeitiges Einleiten der Frühgeburt ehe es zur Eklampsie kommt, als eventuell lebensrettend für Mutter und Kind. —

2. Fall p. 812. Multipara, 32 Jahre alt, Schwangerschaft besteht $7^1/_2$ Monate, geringe Oedeme, grosse Mengen Albumen im Urin. Kopfschmerzen, Brechneigung. Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch Einlegung eines Bougies. Es erfolgt ein eklamptischer Anfall, die Geburt wird unter Chloroformnarkose beendet und ein lebendes Kind $3^1/_2$ Pfund schwer entwickelt. Es erfolgen noch 7 schwere Anfälle maniakalischen Charakters. — Chloroformeinathmungen constant fortgesetzt, grosse Calomeldosen Chloral und Bromkali per rectum, Morphiuminjectionen! — Alles ohne wesentlichen Erfolg in Anwendung gebracht. Der Urin enthält noch grosse Mengen Eiweiss, wird äusserst sparsam entleert. Einwicklung in warme Decken, ein Klystier von Squibbs flüssigem Jaborandiextract applicirt. 9 Minuten darauf Ausbrechen von Schweiss, bedeutende Salivation aus Nase und Mund, die 11 Stunden anhielt. Unmittelbar nach dieser Cur zeigt der Urin 10% Eiweiss, wenig hyaline Cylinder. Die Athmung etwas stertorös, Temperatur 101° F., Puls 120: Haut kühl. Die Urinmenge hatte den nächsten Tag zugenommen, der Eiweissgehalt noch der gleiche wie vorher. Das Allgemeinbefinden sehr zufriedenstellend. Die letzte Zeit etwas beschleunigte und ängstliche Respiration. — Wider alles Erwarten erfolgte der Tod ganz plötzlich und acut. Section wurde nicht gemacht. Wahrscheinliche Todesursache Embolie der Lungenarterie. —

Mc Lane hält auch in diesem Falle die Einleitung der Frühgeburt für völlig gerechtfertigt, ebenso die Verabreichung von Jaborandi und die Einwicklungen zur Hervorrufung der Diaphorese. Dagegen habe die excessive Salivation zur Erschöpfung geführt und vielleicht durch Beraubung des Blutes an flüssigen Bestandtheilen die Embolibildung begünstigt. —

Mc Lane hält seine Ansicht, dass bei Albuminurie Schwangerer die künstliche Frühgeburt möglichst früh einzuleiten sei gegen Gillette p. 779, Noeggerath p. 816 und Lusk p. 819, welche eine exspectative Behandlung befürworten, auf das Entschiedenste aufrecht. — **Pott** (Halle a/S.).

29. **Wagner.** 3 Fälle von catamenialem Erysipel.

(Allgem. med. Centralzeitung 1878. No. 94.)

Verf. beschreibt regelmässig vor Eintritt der Menses sich einstellendes Erysipelas faciei. 2 Fälle davon betrafen Mädchen unter 20 Jahren, in einem war kein Nachlass mit Eintritt der Menses, im 2. Nachlass. Der 3. Fall betrifft eine der Menopause nahe Frau. Als Ursache sieht er eine reflectorische Neurose der Haut an. Sollten diese Fälle in der That Erysipele sein, so würden sie nicht für die allgemein infectiöse Natur des Erysipels sprechen.

Fehling (Stuttgart).

30. **Lindemann** (Münster). Ein Fall von completem Vorfall der Gebärmutter während der Geburt.

(Allgem. med. Centralzeitung 1878. No. 102 und 103.)

Bei einer 40jährigen Multipara war nach 24stündigem Kreisen ein Vorfall erfolgt, wodurch ist nicht angegeben. Die Scheide war invertirt, Muttermund bis 2 thalergross, Uterus tetanisch contrahirt. Zangenanlegung unmöglich, daher Perforation, darauf Extraction des Schädels mit dem Finger. Nach manueller Reposition des Uterus blieb derselbe in situ, Wochenbett normal. In der Schilderung liegt kein Beweis für completen Vorfall. Die gewöhnlichen Ligamente des Uterus sind nach Verf. nicht im Stand, den Prolapsus des graviden Uterus aufzuhalten. Der Uterus soll mehr durch sein eignes Volum vor dem Vorfall bewahrt bleiben, bei der Geburt wirkt die Bauchpresse begünstigend, ebenso Weite des Beckens, Kleinheit der Gebärmutter. Perforation schien Verf. das richtige, während ihm Incisionen des Muttermunds gefährlich schienen. **Fehling** (Stuttgart).

31. **Concato** (Padua). Ueber Mastitis.

(Rivista clin. di Bologna 1878. November.)

Verf. theilt drei Fälle von Mastitis mit, welche Frauen betrafen, die nie geboren hatten. Bei allen entstand die Mastitis durch ein Trauma und heilte nach Eröffnung des Abscesses. Ausserdem einen Fall von bilateraler Mastitis bei einer Frau, welche am 18. Tage des Wochenbettes (nachdem sie eine leichte Endometritis durchgemacht und schon das Bett verlassen hatte) in die rechte Brust gezwickt worden war. Die linke Brust erkrankte spontan 5 Tage später. In beiden Brüsten kam es zur Abscessbildung. **Liebman** (Triest).

32. **Morisani** (Neapel). Amputation des vollständig invertirten Uterus.

(Il Morgagni 1878. September und October.)

Die Inversion, welche schon seit 2 Jahren dauerte, entstand (wahrscheinlich) nach der 6. Geburt der 35jährigen Patientin, als die Hebamme die Placenta durch starkes Ziehen an dem Nabelstrang entfernte. Nach 3 fruchtlosen Repositionsversuchen entschloss sich M. zur Operation, da ein Luftpessarium nicht vertragen wurde. Der Uterus wurde mit Messer und Scheere etwa 1 cm unter einer, mit einem Schlingenschnürer, angelegten Drahtligatur abgetragen; den Schlingenschnürer selbst liess man noch 24 Stunden liegen. 8 Tage nach der Operation ging die Heilung gut von Statten. Vom weiteren Verlaufe geschieht keine Erwähnung. **Liebman** (Triest).

33. **Mazziotti** (Neapel). Elephantiasis der kleinen Schamlippen.

(Il Morgagni 1878. November und December.)

Bei einer 25jährigen Frau, welche seit 10 Jahren an Syphilis litt, entstand nach dem Bisse eines Seethieres (Polyp ?) eine erythematöse Schwellung der Labien, die nach wenigen Tagen verging und eine etwa haselnussgrosse Schwellung der

rechten Nymphe zurückliess. Diese Schwellung wurde der Ausgangspunkt der Elephantiasis. Als Verf. die Pat. sah (wie lange nach dem Beginn der Erkrankung ist nicht angegeben), waren die Nymphen in zwei Geschwülste verwandelt, wovon die grössere, rechte, einen Umfang von 20 cm und eine Länge von 33 cm, die linke einen Umfang von 15 und eine Länge von 29 cm zeigte. — Ausserdem bestand Vaginitis, Metritis colli, Blenorrhoë des Cervicalcanals. Es wurde eine antisyphilitische Behandlung eingeleitet und auch die Therapie der Uterus- und Vaginalerkrankung nicht vernachlässigt. — 3 Wochen später wurden die Nymphen mit dem Ecraseur abgetragen. — Vollständige Heilung.

Nach Verf. kann die Syphilis zur indirecten Ursache der Elephantiasis werden, durch Hyperplasie der Lymphdrüsen und consecutiver Hinderung der Lymphcirculation. **Liebman** (Triest).

34. **Welponer** (Wien). Zwei Fälle von Kaiserschnitt an der Todten mit lebendem Kinde.

(Wiener med. Presse 1879. No. 1.)

I. Fall. Eine 36 Jahr alte kyphoskoliotische Erstgeschwängerte wurde den 17. August 1876 aufgenommen. Den 15. September stellten sich Wehen ein und plötzlich klagte Patientin über Herzklopfen und Kurzathmigkeit, der Puls wurde klein und schnell, das Gesicht cyanotisch. Nach einigen Stunden starb die Frau, während die Eiblase eröffnet wurde. Verf. machte 3—4 Minuten nach dem Tode die Sectio caesarea und extrahirte ein scheintodtes, 2800 g schweres, 50 cm langes Kind, welches bald einen Athemzug machte. Das Athmen wurde nach einer Stunde regelmässiger, das Kind schlug die Augen auf, starb aber nach 5 Stunden. Der Sectionsbefund der Mutter war Atelektase der linken Lunge, Oedem der rechten Lunge, Herzhypertrophie.

II. Fall. Eine 31 Jahr alte III Geschwängerte starb an Meningitis nach mehrtägigem Verlauf und einhalbstündiger Agonie. Verf. machte 2 Minuten nach dem Tode die Sectio caesarea und extrahirte ein scheintodtes 3000 g schweres und 50 cm langes Kind, welches nach $^1/_2$ stündigen Belebungsversuchen zum Schreien gebracht wurde, es starb aber nach $22^3/_4$ Stunden. Der Sectionsbefund der Mutter war: Tuberkulöse Basilarmeningitis mit massenhaftem serösen Erguss in die Hirnventrikel. Alte umschriebene Tuberkulose beider Lungenspitzen. An diese Fälle knüpft Verf. einige Bemerkungen über die Lex regia. Er plaidirt dafür, bei einer künftigen Revision dieser Verordnungen die Ausführung der Operation entweder ganz dem Ermessen des Arztes anheimzustellen, oder dass der Zeitpunkt bestimmt würde, nach dessen Ablauf dieselbe, weil zwecklos (das Kind überlebt den Tod der Mutter nur 10—15 Minuten) zu unterlassen sei.

Bandl (Wien).

35. **Landi** (Pisa). Zur Diagnose der Ovariencysten.

(Commentario clinico di Pisa 1878. Mai — December.)

Der sehr lange Aufsatz berücksichtigt nur die Cysten, die schon das Becken verlassen haben und enthält sehr wenig neues. Als neu zu betrachten ist die Aussage, dass dem Baccelli'schen Symptome der Ovarialcysten (d. h. dem dumpfen Percussionstone der Diaphyse des Darmbeines, an einer Stelle die sich etwa 5 cm unter dem hintersten Theile der Crista befindet) irgend ein Werth beizulegen sei.

In Fällen von Sarkom und Cystocarcinom des Eierstockes empfiehlt Verf., nach Cantani, die Untersuchung, in der Rückenlage mit stark erhöhtem Steisse, weil es so gelingen kann, die ascitische Flüssigkeit gegen das Zwerchfell zu drängen, und die Geschwulst allein zu untersuchen, ja die fluctuirenden Partien derselben zu entdecken. Mit Gorup-Besanez und Barbaglia bezweifelt auch Verf. die Existenz des Paralbumins. **Liebman** (Triest).

36. **Casati** (Forli). Einkämmerige Ovarialcyste. Jodinjection. Heilung.

(Il Raccoglitore medico 1879. Hft. 1 und 2.)

Die Grösse der Cyste (Umfang 169 cm) und der Umstand, dass öfters circumscripte Peritonitiden vorausgegangen waren, contraindicirten (für den Verf.) die Ovariotomie. Der Cysteninhalt war serös braunroth, eiweisshaltig. — Es wurden 820 g von einer Flüssigkeit, die aus gleichen Theilen Jodtinctur und destillirtem Wasser bestand, und der man 30 g Jodkalium hinzugefügt hatte, injicirt. Die Flüssigkeit wurde 10 Minuten in der Cyste gelassen und dann möglichst vollständig (sogar durch Aspiration) aus derselben entfernt. — Der 10 Minuten später gelassene Harn war jodhaltig. — Eine Stunde nach der Operation traten Erscheinungen von Jodintoxication auf, welche ungefähr 10 Stunden dauerten. Zwei Tage später Fieber (Peritonitis), welches nicht lange anhielt. Die Jodinjection wurde im December 1872 gemacht und heute (Januar 1879) ist die Frau noch als vollständig geheilt zu betrachten. **Liebman** (Triest).

37. **E. Rochelt** (Meran). Ovariotomie. Heilung.

(Wiener med. Presse 1879. No. 1.)

Bei einer 34jährigen ledigen Frau exstirpirte Verf. eine kopfgrosse einkammerige Cyste, deren Wand durch kalkige Auflagerungen der Innenfläche verdickt war. Der Stiel wurde durch Seidenfadennaht in der Bauchwunde befestigt. Die Heilung verlief ohne Zwischenfall und Pat. verliess nach 25 Tagen das Bett.

Bandl (Wien).

38. **E. Börner** (Graz). Ueber die Castration der Frauen als therapeutisches Moment.

(Vortrag, gehalten in der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien am 22. November 1878. — Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 47—50.)

Verf. empfahl eine 29jährige Frau, die drei vorzeitige und zwei rechtzeitige Geburten durchgemacht hatte und an hochgradigen Menstruationsbeschwerden litt (beide Eierstöcke waren vergrössert und druckempfindlich), an Hegar in Freiburg behufs Exstirpation der Ovarien. Hegar machte den 9. Februar die Exstirpation beider Ovarien und die Frau kehrte 5 Wochen nach der Operation in die Heimath zurück und erfreut sich nunmehr ca. 10 Monate nach der Operation eines andauernden völligen Wohlbefindens. Der Fall ist ausführlich unter No. VII in Hegar's Schrift »Castration der Frauen« schon mitgetheilt. Anknüpfend an diesen Fall brachte Verf. den Inhalt der erwähnten Schrift Hegar's in bündiger Form zum Vortrag. **Bandl** (Wien).

Erwiderung.

Da Ahlfeld in seiner Gegenerwiderung (No. 4 dieses Blattes) auch nicht ein neues positives Moment zum Gegenbeweis, sondern nur Wiederholungen, Vermuthungen und Wahrscheinlichkeiten vorbringt, so glaube ich am richtigsten zu handeln, wenn ich eine derartige persönliche, für die Wissenschaft nutzlose und für die Leser dieses Blattes unerquickliche Discussion hiermit abbreche.

Leipzig, am 14. Februar 1879. Dr. **Leopold.**

Wir betrachten hiermit die Discussion des Themas in diesem Blatt für abgeschlossen. *Redaction.*

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S. (Alte Promenade), an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart (Alleenplatz 3), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

// Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Dritter Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 15 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

N°. 6. Sonnabend, den 15. März. **1879.**

I. Zur Diagnose grosser Ovarientumoren.

Von

B. S. Schultze in Jena.

Seit die eclatanten Heilerfolge der Ovariotomie eine genaue Diagnose der grossen Unterleibstumoren bestimmter als früher fordern, hat dieselbe erhebliche Fortschritte gemacht. Doch dürfte es ziemlich allgemein empfunden sein, dass sie der Vervollkommnung noch bedürftig ist.

Palpation und Percussion bleiben die sichersten diagnostischen Mittel für Erkennung der Ovarientumoren sowohl gegenüber Ascites, wie gegenüber anderen Geschwülsten des Unterleibes. Alle immerhin werthvollen Motive für die Diagnose, welche aus der Anamnese, aus den Symptomen, aus der Inspection, Messung und Auscultation, aus der chemischen und mikroskopischen Untersuchung durch Probepunction entnommener Flüssigkeit hervorgehen, sind gerade in Fäl-

len, in denen das Resultat sachkundiger Palpation und Percussion Zweifel übrig liess, absolute Sicherheit zu geben selten im Stande.

Bei grossen wie bei kleinen Ovarialtumoren giebt bekanntlich die Rectalpalpation bei gleichzeitigem Tasten von den Bauchdecken, eventuell auch von der Vagina aus[1]) oft die Möglichkeit, die Diagnose über allen Zweifel zu erheben, indem sie gestattet, die Verbindung des Tumor mit dem Uterus, den Stiel des Tumor, unmittelbar zu erkennen. Bei retrovertirt oder retroponirt hinter dem Tumor liegendem Uterus ist dies Resultat durch die gleichzeitige Betastung von den genannten drei Richtungen aus manchmal ohne Schwierigkeit zu gewinnen, und wo Schwierigkeiten sich darbieten, ist sehr empfehlenswerth das von Hegar[2]) angegebene Verfahren, dass man den an der Vaginalportion mit einer Zange zuvor gefassten Uterus von einem Assistenten anziehen lässt, während man vom Mastdarm und von den Bauchdecken aus tastet. Es ist nicht die Palpation mit der ganzen oder halben Hand, die hierbei die besten Resultate liefert; wenn wir das Rectum durch Einführen der Hand straff spannen, können wir weit weniger frei dessen vordere Wand über die Hinterfläche des Uterus so weit ausdehnen, dass wir, namentlich bei antevertirtem Uterus bis zum Stiel des Tumor langen. Halbe und ganze Hand beengen den Raum für die Palpation zu sehr; zwei Finger bewegen sich freier und lassen die Wand des Rectum schlaff, zwei Finger reichen auch hoch genug, wenn es sich darum handelt, im kleinen Becken zu palpiren, besonders dann, wenn in tiefer Chloroformnarkose die Muskulatur des Beckenbodens vollkommen erschlafft ist. Die Kranke muss dazu, gerade wie zur Untersuchung mit der ganzen Hand nach Simon, mit dem Kreuz auf der Kante des Tisches liegen, damit der Beckenboden stark aufwärts gedrängt und die Handwurzel tief gesenkt werden könne.

Das Alles ist mehr oder minder bekannt, wenn auch der Werth der Rectalpalpation von Manchen noch sehr unterschätzt wird. Ein Handgriff aber, der das Resultat der Rectalpalpation fast in allen Fällen, selbst ganz grosser, auch durch Punction nicht verkleinerungsfähiger Tumoren zu einem entscheidenden macht, den ich seit Jahren mit gutem Erfolg für die Diagnose übe, wird anderwärts meines Wissens nicht geübt. Da ich ihn auch in Olshausen's[3]) und Spencer Wells'[4]) jüngsten Werken über den Gegenstand nicht genannt finde, halte ich es für geboten, ihn mitzutheilen. Er besteht darin, dass, während der Operateur die in genannter Weise gelagerte, tief chlo-

[1]) Vergleiche den vortrefflichen Aufsatz von Joh. Holst: Ueber die doppelte Untersuchung im Allgemeinen und die doppelte Untersuchung durch den Mastdarm insbesondere. Holst. Beiträge. I. Tübingen 1865.

[2]) A. Hegar, Zur gynäkologischen Diagnostik. Die combinirte Untersuchung. Sammlung klin. Vorträge No. 105. 1876.

[3]) Olshausen, Die Krankheiten der Ovarien. Pitha-Billroth, Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie. IV. 6. 1877.

[4]) Spencer Wells, Die Diagnose und chirurgische Behandlung der Unterleibsgeschwülste. Sammlung klin. Vorträge No. 148. 1878.

roformirte Patientin per rectum (et vaginam) untersucht, ein Assistent, der zur Rechten oder Linken der Untersuchten nahe ihrem Kopfende steht, beide Hände auf deren Bauch fest auflegt, die Fingerspitzen zwischen Nabel und Symphyse gegen letztere gerichtet, dass er die Bauchdecken über den Tumor hin so viel wie möglich abwärts schiebt und dann den Tumor gegen den Thorax der Patientin erhebt.

Liess sich, was bei nicht allzugrossen Tumoren in der Narkose keine Schwierigkeit hat, die Bauchdecke über den Tumor gut abwärts schieben und der Tumor sich um einige Centimeter erheben, so gewinnt der Untersuchende Raum, über den Uterus weg unter dem Tumor hin die vom Rectum und von den Bauchdecken aus gegen einander tastenden Fingerspitzen beider Hände einander so weit zu nähern, dass die Verbindung des Uterus mit dem Tumor oder die Abwesenheit einer solchen mit Bestimmtheit direct getastet werden kann.

Ist das Entgegentasten von den Bauchdecken aus nicht so ergiebig möglich, weil deren Spannung durch den Tumor zu bedeutend ist, oder weil der Tumor breit und kurz der vorderen Bauchwand angeheftet ist, oder weil übermässig starker Panniculus oder Oedem der Bauchhaut hindert, so tastet doch der vom Rectum her über die hintere Wand des Uterus geführte Finger deutlich die Verbindung des Uterus mit dem Tumor, die bei abwechselndem Heben und Sinkenlassen desselben sich spannt und erschlafft. Selbst in den seltenen Fällen, dass die Palpation vom Rectum aus nicht so frei möglich ist, um das Ligamentum ovarii als solches zu erkennen, kann doch durch das genannte Manoeuvre die gestielte Verbindung des Tumor mit dem Uterus oder seinen Adnexen, falls eine solche vorhanden ist, und damit die Exstirpirbarkeit des Tumor erkannt werden. Das Unbewegtbleiben des Uterus beim Emporheben des Tumor erweist dagegen die Nichtbetheiligung des Uterus sowohl wie der Ovarien, denn auch ein langer Ovarientumorstiel dürfte stets straff genug sein, um selbst bei minimalem Erheben des Tumor durch seine Spannung dem tastenden Finger sich zu verrathen.

Der bedeutende Unterschied in dem Resultat der einfachen Rectaluntersuchung und der Untersuchung nach der beschriebenen Methode, die wirklich überraschende Deutlichkeit, mit der dem auf genannte Weise Untersuchenden durch das Emporheben des Tumor die Ueberzeugung sich aufdrängt, dass ein gestielt der Tubengegend des Uterus aufsitzender Tumor vorliegt, erklärt sich so: der Finger, der zwischen Tumor und Uterus sich hineindrängen muss, hat von beiden Seiten einen so starken Tasteindruck, dass der hinzukommende Widerstand, den der Tumorstiel bildet, nicht deutlich empfunden wird; als erschwerender Umstand für das Urtheil kommt hinzu, dass, je weiter der Finger vordringt, desto grösser der Widerstand der Rectumwand wird, ein Widerstand, dessen Grösse noch dazu in jedem einzelnen Fall von vornherein unbekannt ist: Sobald durch Emporheben des Tumor der Druck zwischen Tumor und Ute-

rus vermindert oder aufgehoben wird, dringt der Finger ohne Kraftaufwand und ohne starken Druck zu erfahren, tastend vor und beurtheilt besser die ihm begegnenden Widerstände. Ferner: Die Verbindung zwischen Uterus und Tumor, die in ruhendem Zustande bei dem engen Aneinanderliegen beider, dem tastenden Finger leicht entgeht, imponirt demselben mit grosser Deutlichkeit, wenn sie abwechselnd gespannt und erschlafft wird.

Ich schreibe der genannten Manipulation eine grosse Sicherheit für Diagnose grosser Unterleibstumoren zu und glaube ihr zum grossen Theil es zu verdanken, dass, auf allerdings erst 32 Ovariotomieen, eine sogenannte Probeincision mir bis jetzt nicht passirt ist.

Es wird Fälle geben, in denen auch die genannte Manipulation über die Insertionsweise des Tumor Zweifel übrig lässt; immerhin aber hoffe ich durch vorstehende Mittheilung einen Beitrag zur Diagnose der grossen Unterleibstumoren geliefert zu haben, auf Grund dessen dieselbe absolut festgestellt werden kann in einer Anzahl von Fällen, in denen bisher vor der Laparotomie nur hohe Wahrscheinlichkeit für Ovarientumor bestand. Je öfter wir durch Palpation die Diagnose auf Ovarientumor sicherstellen, desto seltener wird die diagnostische Punction, der jede Gefahr nicht abgesprochen werden kann, nöthig erscheinen; desto öfter werden die Probeincisionen und die vergeblichen Versuche der Exstirpation, deren Gefahr, ganz abgesehen von dem Mangel des Erfolges, der Gefahr der vollendeten Exstirpation wohl mindestens gleichkommt, vermieden werden können.

---

1. **Nikitin.** Ueber die physiologische Wirkung und therapeutische Verwerthung der Sclerotinsäure, des sclerotinsauren Natriums und des Mutterkorns.

Inaug.-Diss., Würzburg, 1878. 8. 79 S.

N. stellt in dieser Arbeit die Resultate einer massgebenden Reihe von Versuchen und Beobachtungen, die unter Anleitung Rossbach's im pharmakologischen Institut in Würzburg gemacht sind, übersichtlich und klar unter anerkennender Berücksichtigung der früheren Arbeiten über Secalepräparate zusammen; es ist dies die erste grössere Arbeit, die uns detaillirte Aufschlüsse über die Wirkungen dieses doch schon seit Jahren dargestellten Präparates giebt, sie verdient die Beachtung des gesammten medicinischen Fachcollegiums.

Die Ergebnisse sind folgende:

1) Die Sclerotinsäure (die Präparate sind bezogen aus der Fabrik Witte in Rostock) besitzt alle physiologischen und therapeutischen Wirkungen des Mutterkorns und muss deswegen als dessen hauptwirksamer Bestandtheil angesehen werden. Das sclerotinsaure Natrium wirkt gleich, nur etwas schwächer, wie Sclerotinsäure.

2) Die Kaltblüter (Frösche) sind gegen die Sclerotinsäure sehr empfindlich. Von den Warmblütern sind es die Fleischfresser mehr

als die Pflanzenfresser. Die tödtliche Gabe ist bei Fröschen etwa von 0,12 bei Kaninchen etwa von 0,8 an.

3) Die Wirkungen der Scerotinsäure sind besonders auf das Centralnervensystem gerichtet.

4) Die Reflexerregbarkeit des Rückenmarkes wird bei Kaltblütern herabgesetzt bis zur vollständigen Lähmung (für Ergotin von Haudelin und Zweifel, für Sclerotinsäure von Dragendorf schon festgestellt); bei Warmblütern wird die Reflexerregbarkeit zwar herabgesetzt, ist aber bis zum Tode des Thieres nachweisbar; auch lässt sie sich durch Strychnin wieder steigern. Die Lähmung beginnt nach N. nicht an den hinteren sondern an den vorderen Extremitäten, eine Hautanschwellung (Dragendorf) hat N. nicht gesehen.

5) Die peripheren Endigungen der sensiblen Nerven bleiben bei allgemeiner Vergiftung ebenso wie die motorischen Nerven von normaler Erregbarkeit.

6) Die Herzthätigkeit wird nur bei Kaltblütern herabgesetzt, bei Warmblütern bleibt die Herzthätigkeit selbst bei verhältnissmässig grossen Gaben unverändert; die Höhe der Pulswelle wird durch kleine Gaben herabgedrückt, durch grosse dauernd erhöht; die Vagusreizbarkeit fand N. — wie Eberty nach Ergotin — erhöht.

7) Die Temperatur des Körpers fällt bei der acuten Vergiftung bis zum Tode des Thieres deutlich ab.

8) Die Athembewegungen werden bei Warm- und Kaltblütern immer verlangsamt. Beim Tode des Thieres erlöschen die Athemzüge früher als die Herzschläge.

9) Die Darmbewegungen werden bei Warmblütern immer beschleunigt.

10) Die Gebärmutter wird sowohl im trächtigen wie im nicht trächtigen Zustande zu Contractionen angeregt; vorhandene Contractionen derselben werden verstärkt; vor und während der Zusammenziehung nimmt die Gebärmutter ein blasseres Colorit an.

11) Die blutstillende Wirkung der Sclerotinsäure bei Lungenblutungen kann durch das Sinken des Blutdrucks erklärt werden; dagegen ist die blutstillende Wirkung bei Darm- und besonders bei Gebärmutterblutungen auf ein anderes Moment, nämlich auf die Anämie zurückzuführen, welche nach der Einspritzung der Sclerotinsäure stets in Folge einer Gefässverengerung dieser Organe eintritt.

12) Der Sclerotinsäuretod bei Warmblütern ist bedingt durch endliche Respirationslähmung.

Endlich empfiehlt N. die Sclerotinsäure und ihr Natronsalz zu therapeutischer Verwendung am Menschen; er glaubt dass eine Dosis von 0,2 bereits Contractionen erzeugen könne, dass die lethale Dose für den Menschen etwa 10,0 sei. Zu betonen ist noch, dass N. nie einen Tetanus uteri sondern nur Progressivcontractionen nach Sclerotinsäure beobachtet hat. **Küstner** (Jena).

---

2. **Rudolf Dick** (Bern). Ueber den Werth des Secale cornutum und Ergotin für die geburtshülfliche Praxis.

(Berner Dissertation 1878.)

Verf. beobachtete den Einfluss der Secale-Präparate auf den Uterus von gesunden Wöchnerinnen, indem er die Thätigkeit desselben vor und nach Gabe des Medicamentes von Aussen durch sanftes Auflegen der Hand controlirte.

In 6 Fällen kamen durchschnittlich 4 Nachwehen in der Stunde und jede einzelne Wehe dauerte 2,2 Minuten. Nach innerlicher Einverleibung von 0,4 g Ergotin (Wernich) trat nach 47 Minuten die Wirkung ein, indem von hieran stündlich 6 Nachwehen kamen, von denen jede 3,3 Minuten dauerte. Dauer der Wirkung 3—4 Stunden.

In 6 Fällen, in denen 6,3 Nachwehen in der Stunde, jede einzelne zu 2 Minuten, beobachtet worden waren, änderte sich die Frequenz und Dauer nach subcutaner Injection von 0,4 Ergotin nach 22 Minuten so, dass nun stündlich 10,5 Wehen von je 2,7 Minuten gefunden wurden. Die Wirkung hielt 2—6 Stunden an.

In 7 Fällen waren stündlich 8 Wehen, jede zu 2 Minuten, gefunden worden. Auf 1,5 Secale cornutum in Pulverform stellte sich nach 14,4 Minuten ein tonischer Krampf des Uterus ein, der 2—4 Stunden dauerte.

Die Frequenz der Nachwehen zeigt grosse Schwankungen; im Mittel beträgt sie 6 in einer Stunde; die mittlere Dauer beläuft sich auf 2—2,2 Minuten.

Bezüglich des Einflusses auf die Frequenz der Nachwehen wirkt das Ergotin fast gleich bei innerlicher wie bei subcutaner Anwendung. Bei letzterer dagegen ist die Dauer der Wirkung geringer als bei innerlicher Darreichung, was Verf. von der mangelhaften Resorption in Folge der Dermatitis an der Stichstelle herleitet.

Ob die auf Secale beobachtete raschere Wirkung und der Eintritt des Tetanus dem Ekbolin, der Sklerotinsäure oder einem anderen chemischen Bestandtheile zuzuschreiben sei, ist nicht bekannt. In allen Fällen von Blutung post partum ist das Secale anzuwenden, doch nur ein frisches Präparat, am besten erst vor der Anwendung gepulvert. Bei geringeren Blutungen im Wochenbette ist das Ergotin innerlich dem Secale und den Ergotininjectionen vorzuziehen. Vor der Anwendung des Secale und Ergotin im Wochenbette zur Beförderung der Involution verspricht sich Verf. sehr viel. — Während der Geburt ist Ergotin höchstens in der Austreibungszeit und nur da gestattet, wo der raschen natürlichen oder künstlichen Entbindung nichts im Wege steht. Secale wäre bei Frauen mit habitueller Atonie des Uterus beim Durchschneiden des Kopfes zu reichen, so dass dem Kinde kein Schaden zugefügt würde und die Wirkung doch früh genug eintreten könnte.

Die Wirkung der Präparate wird zum Schlusse durch genaue Versuchsprotocolle und Curven demonstrirt. **Oeri** (Basel).

---

3. **Sänger** (Leipzig). Studien und Erfahrungen über das Pilocarpin in der Geburtshülfe.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XIV. p. 43.)

Den Grund der Widersprüche über die Wirkung des Pilocarpin in der Geburtshülfe aufzudecken und seine Beziehung zum gebärenden Uterus genauer festzustellen, veranlasste den Verf. zu einem näheren Studium des Mittels, dessen Hauptresultate auf der Naturforscherversammlung zu Cassel (s. Centralblatt für Gynäk. 1878 No. 20) schon mitgetheilt wurden.

Kurz nach der Injection beobachtete er Auflockerung, stärkere Secretion der Geburtstheile und Verstärkung des Uteringeräusches, welche Erscheinungen auf eine Lähmung des Gefässnervencentrums zurückgeführt wurden. In 7 Fällen wurde Pilocarpin als Mittel zur Erregung der künstlichen Frühgeburt angewandt, zweimal mit völlig negativen, 4 Mal mit bedingt negativem (es wurde experimentell gleichzeitig Atropin gegeben) einmal mit positivem Erfolg. Unter der Geburt als wehenverstärkendes Mittel bewährte es sich vortrefflich. Beigefügte Curven veranschaulichen die Wirkung.

Verf. kommt zu dem Schluss, dass Pilocarpin keine primär wehen-e r regende, sondern nur wehen a n regende und -verstärkende Eigenschaften besitzt, seine Wirksamkeit also nur unter der Geburt oder in den letzten Wochen der Schwangerschaft, wenn bereits »Tendenzen« zur Ausstossung des Eies vorhanden sind, entfaltet.

Ein Vortheil des Pilocarpin gegenüber dem Secale besteht darin, dass es in allen Stadien der Geburt gegeben werden kann, und nicht wie letzteres unter Umständen Krampfwehen und Tetanus erzeugt.

Wehen, welche durch Pilocarpin verstärkt waren, hörten auf Atropin sofort auf, konnten aber nach Aufhören der Atropinsymptome durch Pilocarpin, wenn auch nicht in der Intensität wie vorher, wieder angefacht werden. — Trotz der erwähnten schlechten Erfolge als Mittel zur künstlichen Frühgeburt räth Verf. doch niemals einen Versuch mit dem Mittel zu unterlassen, da die Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch Pilocarpin ein ideales Verfahren darstellen würde, welches jede Infection ausschliesst. Condraindicirt ist es bei Herzfehlern und Lungeninfiltraten.

Eine Gefahr für die Frucht erwächst aus Pilocarpingaben der Mutter nach Verf. »absolut« nicht, obwohl er zugesteht die Einflüsse des Pilocarpin auf das Kind weniger in den Kreis seiner Untersuchungen gezogen zu haben.

Anhangsweise erfolgt zum Schluss ein Excurs über die Bedeutung des Pilocarpin bei Eklampsie und die Mittheilung eines einschlägigen Falles. Dieser war dadurch eigenthümlich, dass nach der ersten Pilocarpingabe weder Schweiss noch Speichelfluss auftrat, sondern dieses Phänomen erst sich einstellte, nachdem ein Aderlass und eine zweite Injection gemacht war, woraus Verf. die Indication ableiten möchte, dass in Fällen von schwerer Eklampsie, wo auf

Pilocarpin die secretorischen Organe nicht angeregt werden, andere bewährte Mittel z. B. der Aderlass zu substituiren seien.

Runge (Berlin).

---

4. E. **Welponer** (Wien). Zur Pilocarpinfrage bezüglich der Einleitung der künstlichen Frühgeburt.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 44.)

Verf. vergleicht die bisher mit Pilocarpin, bezüglich der künstlichen Frühgeburt, erzielten Resultate. Zwei erfolgreichen Fällen stehen drei mit vollständig negativem Resultate gegenüber. Zu diesen fügte Verf. drei weitere Fälle hinzu, in welchen die Anwendung der subcutanen Pilocarpininjection vollkommen erfolglos war. In einem dieser Fälle wurden innerhalb $6^1/_2$ Tagen 15 Pravaz'sche Spritzen 2% Lösung von Pilocarpinum muriaticum injicirt. In allen drei Fällen konnten — es spricht dies für die Güte des Präparates — die bekannten toxischen Erscheinungen des Pilocarpins beobachtet werden.

Bandl (Wien).

---

5. **Schauta** (Wien). 15 Fälle von Wehenschwäche, behandelt mit Pilocarpin.

(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 47. 48. 49. 50.)

Verf. war der erste, der nach der Veröffentlichung von Massmann (Centralbl. für Gyn. 1878. No. 9) Pilocarpin behufs Einleitung der künstlichen Frühgeburt gebrauchte. Obwohl zur Prüfung dieses Mittels das grosse Material der Wiener Kliniken zu Gebote stand, so lässt sich doch wegen der Seltenheit der künstlichen Frühgeburt ein endgültiges Urtheil noch nicht fällen. Deshalb behandelte Verf., der einen nicht zu läugnenden Einfluss auf die Uterusthätigkeit annimmt, die Wehenschwäche mit Pilocarpin. Hier ist es namentlich in Fällen von primärer Wehenschwäche am Platze, da die intravaginalen oder -uterinen Mittel sicher gefährlich sind.

Es wurde das Pilocarpinum muriaticum in 2%iger Lösung subcutan injicirt. Die bekannten Erscheinungen traten stets ein. Die Intensität des Schweiss- und Speichelflusses liess den Verf. sowohl auf die individuelle Empfänglichkeit als auf die Güte des Präparates schliessen. Die erzielte Wehenthätigkeit stand zu jenen Erscheinungen im Verhältniss. Das Mittel wurde zunächst in einem Falle von Abort angewendet, ferner in einem Falle von vorzeitigem Wasserabfluss. Bei dem Abort war wegen der gleichzeitigen Manipulation die Beobachtung keine reine, dagegen spricht der zweite Fall sehr für die Pilocarpinwirkung. Nach 48stündiger Wehenlosigkeit führte eine Injection binnen 19 Minuten zu Wehen, die Geburt verlief danach unverhältnissmässig rasch. Auch in den anderen Fällen wurde Pilocarpin nur dann injicirt, wenn Wehenschwäche mit Unmöglichkeit expectativ zu verfahren, vorlag. Alle Fälle, in denen überhaupt Pilocarpin angewendet wurde, sind vom Verf. publicirt, und stets trat Erfolg

ein. Verf. vindicirt demnach dem neuen Mittel eine grosse Bedeutung bei der Behandlung der Wehenschwäche. Weitere sorgfältige Beobachtungen auf Späth's Klinik verspricht der Verf. zu liefern. Wir sehen denselben mit Spannung entgegen, da das reiche Wiener Material ermöglicht diese Frage der Entscheidung näher zu führen.

Fritsch (Halle a/S.).

---

6. **Wiener** (Breslau). Ueber den Einfluss der Abnabelungszeit auf den Blutgehalt der Placenta.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XIV. p. 34.)

Die widersprechenden Angaben Zweifel's und Meyer's (Centralblatt für Gynäkologie 1878. No. 1 und 10) rücksichtlich des Einflusses der Abnabelungszeit auf den Blutgehalt der Placenten veranlassten Verf. die Frage mittelst einer neuen Blutbestimmungsmethode nach Gscheidlen, deren genaue Beschreibung im Original nachzusehen ist, noch einmal aufzunehmen. Die gefundenen Werthe stimmen mit den Resultaten von Meyer völlig überein. Blutmenge der Placenta im Durchschnittsgewicht:

a) bei Kindern, die sofort abgenabelt wurden . . . . = 18,04 %.
b) bei Kindern, die mehrere Minuten nach der Geburt abgenabelt wurden . . . . = 17,04 %.

Mittelzahl zwischen a und b = 17,54.

c) bei Kindern, welche nach der Geburt der Placenta abgenabelt wurden = 15,41 %.

Differenz zwischen a, b und c = 2,13 % oder für ein Gewicht der Placenta von 600,0 = 12,78 g Blut.

Sowohl dies Resultat spricht gegen die von Schücking vertretene Ansicht, dass der intrauterine Druck nach der Geburt eine grössere Blutmenge in den Fötus hineinpresst, als auch der Umstand, dass eine kurz nach der Geburt durchschnittene Nabelschnur immer nur sehr geringe Mengen Blut austreten lässt und die Blutbestimmung solcher Placenten keine Herabsetzung des Blutgehaltes erkennen liess.

Wurden in der That, wie Zweifel will, dem Neugeborenen durch frühes Abnabeln c. 100 g Blut entzogen, also ungefähr die Hälfte seines Gesammtblutgewichtes, so wäre kaum zu begreifen, wie die Kinder einen solchen Verlust ohne schwere Schädigung ertrügen, wogegen die Erfahrung spricht. Andererseits sollte man erwarten, dass eine Zufuhr von 100 g Blut nach der Entfaltung des Lungenkreislaufes Störungen mit sich bringen müsste, wie man sie häufig bei Transfusionen etc. beobachtet.

Bemerkenswerth sind die vom Verf. constatirten Schwankungen in dem Blutgehalt der einzelnen Placenten bei gleicher Abnabelungszeit, für welche sich weder in der Abnabelungszeit, noch in dem Contractionszustande des Uterus noch in der Entwickelung des Kindes eine Erklärung finden lässt. Der Umstand lässt sich wahrschein-

lich so deuten, dass die Menge des Blutes in der Nachgeburt zu der des Kindes in keinem constanten Verhältniss steht.

Einen rationellen Grund beizubringen, warum in der Nachgeburtszeit bald mehr, bald weniger bedeutende Blutmengen für das Kind verloren gehen, unternimmt Verf. nicht, und gerade dieser Umstand fordert nach ihm dringend zu neuen Untersuchungen auf. —

Runge (Berlin).

---

7. **Kocks** (Bonn). Ueber die Totalexstirpation des Uterus. Vorschlag einer neuen vereinfachten Operationsmethode. Mit 1 Holzschnitt.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 1.)

Nach einer einleitenden, historisch-kritischen Betrachtung über die älteren bisher bekannten Totalexstirpationen der Gebärmutter und der dabei angewandten Operationsmethoden bespricht Verf. zunächst das Verhalten der Arteria uterina; er hat nämlich gefunden, dass dieselbe nicht unmittelbar am Rande des Uterus in die Höhe steigt, sondern von demselben wenigstens 1 cm (am graviden Uterus noch weiter) entfernt bleibt, so dass also eine Ausschälung des Organs ohne Verletzung des Hauptstammes wohl möglich sei; es würden blos die verhältnissmässig feinen Aeste getroffen. Nur so sei es zu erklären, dass in manchen Fällen die Blutung eine ganz unbedeutende gewesen sei und keine Ligaturen erfordert habe.

Der von ihm mit glücklichem Erfolg operirte Fall betraf eine 39jährige Frau mit auf die Portio vaginalis beschränktem Carcinom. Das dabei angewandte Verfahren ähnelt sehr dem Freund'schen, nur bei der Unterbindung der Lig. lata wich Verf. davon ab; dieselben wurden jederseits in 4 Partien und zwar doppelt unterbunden, die Tube, die Ligg. ovarii und rotunda jedoch nicht durchstochen (aus Besorgniss vor Blutung aus den Stichcanälen). Die Anlegung der untersten Ligaturen und später die Trennung von der Blase wurde unter Leitung des in die Blase eingeführten Fingers vorgenommen; trotzdem mussten dieselben erneuert werden, da sie zu lose lagen; links wurde dieselbe erst nach der völligen Abtrennung des Uterus angelegt, ohne dass eine starke Blutung sich gezeigt hätte.

Vom 4. Tage an Carbolirrigationen der Scheide. Die Stichcanäle und die Bauchwunde eiterten zum Theil — sie waren nach der Operation nur mit Salicylwatte bedeckt worden. Am 14. Tage stand Pat. zum 1. Male auf. Am 28. Tage brach ein grosser Abscess in die Scheide durch, wobei eine Anzahl der seidenen Ligaturen ausgestossen wurde; dann rasche Genesung.

Es waren 3 Ovarien vorhanden gewesen, die alle functionirt hatten und mit entfernt wurden.

Im Anschluss hieran schlägt Verf. ein einfacheres Operationsverfahren vor:

Da nämlich die Hauptschwierigkeit der ganzen Operation nach seiner Ansicht in der sicheren Unterbindung der Bases der Lig. lata besteht, so empfiehlt er dieselbe erst nach der Ablösung des Uterus von Rectum und Blase vorzunehmen. Es soll also zunächst die obere Partie der Lig. lat. je durch 2 Ligaturen (1 für Lig. rotund. und 1 für Tube und Lig. ovarii, wobei jedoch diese Theile nicht zu durchstechen sind) gefasst, dann Blase und Mastdarm abgelöst und nun erst die Unterbindungsfäden durch einen hakenförmigen Faden-

träger eingeführt werden. Bei Abtrennung der Blase und des Rectum komme es zu keiner starken Blutung, da nur kleinere Arterien durchschnitten würden, der venöse Rückfluss durch die Gefässe an der Basis der Lig. lata aber noch nicht verhindert sei. Dieses Operationsverfahren soll den Vorzug haben, dass es viel leichter und rascher ausführbar, ausserdem aber viel mehr vor Nachblutungen und vor dem Mitfassen der Ureteren schützt. Als Unterbindungsmaterial verdiene die Seide vor dem Catgut keinen Vorzug.

Schwarz (Halle a/S.).

---

8. J. **Bernstein.** Ueber Entstehung der Aspiration des Brustkorbes bei der Geburt.

(**Pflügers** Archiv für Physiologie 1878. Bd. XVII. p. 617.)

Verf. ist der Erste, welcher der Frage, durch welchen Mechanismus die Aspiration des Thorax, der negative Druck bei der Geburt hervorgebracht wird, näher getreten ist. Vor der Geburt kann dieser nicht vorhanden sein, weil sonst aus dem Fruchtwasser Flüssigkeit in die Lungen eingesaugt und die Athmung unmöglich würde. Zur Feststellung dieses negativen Druckes wurden die Lungen todtgeborener Kinder von der Trachea aus mittelst eines Blasebalgs aufgeblasen, so dass eine sichtbare Ausdehnung des Thorax stattfand. Nachdem ein Manometer mit der Trachea in Verbindung gebracht und der Thorax beiderseits eröffnet war, zeigten sich Druckschwankungen von 6—7 mm Hg. Die künstliche Einblasung an Todtgeborenen hatte also im Thoraxraum einen negativen Druck erzeugt, der vorher nicht vorhanden sein konnte. In gleicher Weise wird der Beginn der Athmung nach der Geburt eine sofortige Aspiration des Thorax zur Folge haben. Für den Mechanismus dieses Vorganges giebt es zwei Möglichkeiten, 1) könnte ein bestimmtes Blutquantum aus dem Thoraxraum plötzlich austreten und der dadurch gewonnene Raum wird durch die mit Luft sich füllende Lunge eingenommen und durch besondere Bedingungen fest innegehalten; 2) kann der Thoraxraum in Folge der Exspirationsbewegungen eine plötzliche dauernde Vergrösserung erfahren, die bei der Exspiration bestehen bliebe, wodurch ein Raum geschaffen würde, den die sich ausdehnenden Lungen schnell ausfüllen müssten. Beim Todtgeborenen kann die Erweiterung des Thorax nur durch Hebung der Rippen bedingt werden (Tiefstand des Zwerchfells könnte nur durch Muskelaction entstehen). Durch an den Rippen befestigte Fühlhebel und Nadeln, welche mit Millimeterscalen in Verbindung gebracht waren, konnte sowohl die Hebung der Rippen, als auch der Winkel, um den sie nach Einblasen von Luft gehoben wurden, gemessen und der Höhestand nach erfolgter Exspiration bestimmt werden. Nie wurde wieder der Nullpunkt erreicht. — Die Füllung der Lungen mit Luft wurde durch Percussion sowohl als auch durch Manometermessungen des negativen Drucks nach Eröffnung der Thoraxhälften constatirt. Die Hebung der Rippen, welche beim Todt-

geboren künstlich mittelst eines positiven Druckes in den Lungen erzeugt wurde, bewirkt beim lebenden Kinde der erste Athemzug durch Muskelaction. Sonst bleiben die Verhältnisse die gleichen. »Vor der Geburt befinden sich also die Rippen in einer gesenkteren Lage, als jemals nach der Geburt. Durch die ersten Athemzüge des Neugeborenen werden sie derart gehoben, dass sie bei der Exspiration nicht wieder in die alte Lage zurückkehren, sondern um ein Stück gehoben bleiben, welches hinreicht, die Aspiration des Thorax zu erzeugen.« Die Feststellung der Rippen nach der ersten Inspiration erklärt Verf. zum Theil aus einer »Ueberdehnung« der elastischen Apparate des Thorax, zum Theil aus »Sperrvorrichtungen« an den Costovertebralgelenken der Neugeborenen. Letztere Annahme konnte aus dem vorliegenden Material noch nicht mit Sicherheit festgestellt werden. Bei asphyktisch Geborenen wird es wesentlich darauf ankommen, durch passive Hebung der Rippen den Thorax in diejenige Gleichgewichtslage zu bringen, in welcher der negative Druck in demselben sich dauernd herstellt. Die künstliche Respiration ist durch rhythmische Hebung der Rippen einzuleiten.

Pott (Halle).

---

9. **Th. A. Reamy** (Cincinnati). Die Dammrisse geringeren Grades; ihre Häufigkeit, Folgen, und die Wichtigkeit radicaler Behandlung.

(Verh. d. Amer. Gesellschaft f. Gynäkologie 1878. p. 576.)

Von den vom Verf. innerhalb der letzten 12 Jahre untersuchten Frauen hatten 600 Dammrisse des ersten und zweiten Grades, d. h. mehr oder weniger oberflächliche Läsion des Dammes, im äussersten Falle nur bis an den Sphincter ani reichend (421 ersten Grades, 179, zweiten Grades). Keine dieser Frauen war zur Zeit des Risses oder später operirt worden, und sehr viele hatten keine Ahnung der Ruptur; es war daher auch in keinem Falle Heilung per primam eingetreten (obschon in 45 Fällen besondere Massregeln angewendet worden waren, um Heilung ohne Naht zu erzielen), sondern in allen hatte Granulation und mehr oder weniger ausgedehnte Narbenbildung stattgefunden, welche in der Mehrzahl der Fälle das bekannte Klaffen der Schamspalte bedingt hatte. Hieraus schliesst Verf.: 1. Dammrisse, welche, was ihre Endfolgen anbelangt, von Wichtigkeit sind, kommen viel häufiger vor, als gewöhnlich von Aerzten und Patientinnen geahnt wird. 2. Kein Riss, sei er noch so gering, heilt per primam ohne chirurgische Vereinigung. 3. Heilt ein Riss irgend eines Grades durch Granulation, so lässt er nothgedrungen narbige und andere Missbildungen zurück. In diesen Schlüssen glaubt Verf. von namhaften Autoritäten unterstützt zu sein.

Bei diesen 600 Frauen fand Verf. Leukorrhoë 253 Mal; Senkung und Vorfall 189 (ersten Grades 118, zweiten Grades 67, dritten Grades 4); vollständige Retroversion 20, partielle 62; Antever-

sion 59, Anteflexion 39, Retroflexion 34; chronische Endometritis 30; Endocervicitis 130; granuläre Erosion und Geschwür des Os ext. 50; Cervicalriss 18; Erschlaffung und Subinvolution der Scheidenwände 200; theilweiser Vorfall der hinteren Scheidenwand mit Hypertrophie derselben 102; Vorfall der vorderen Scheidenwand 80; Mangel an Expulsivkraft des Mastdarms 172; Pruritus vulvae 22. Wegen psychischer Symptome gaben 153 Frauen an Hülfe zu suchen; dieselben hatten ein- oder mehrmals geboren, waren aber seit 3—10 Jahren steril, obgleich in der Ehe lebend und noch vollständig conceptionsfähig. Diese acquirirte Sterilität war Ursache der Unzufriedenheit, Sorge und Melancholie. Nicht dass die betreffenden Frauen mehr Kinder haben wollten, aber sie wollten ebensowenig unfähig sein zu gebären. Eine weitere Klage war eine gewisse Impotentia Coeundi, ein Contractilitätsmangel der Schliessmuskel der Vulva und Vagina, welche nicht allein den Geschlechtsgenuss der Frau, sondern mehr noch den des Ehemannes stört, und dadurch allmälig Ursache von Familien- und Gemüthsstörungen wird, welche keinesfalls nur dem unbefriedigten Geschlechtssinne zuzuschreiben sind. Alle diese pathologischen Zustände liessen sich nach Verf. ungezwungen in 1. oder 2. Linie auf den ungeheilten, vernarbten Dammriss zurückführen. Auf diese Erfahrungen fussend räth Verf. nicht nur die sofortige Naht aller Dammrisse, welche tiefer als durch den unmittelbaren Rand der hinteren Commissur reichen, sondern die secundäre Operation in der Mehrzahl der Fälle, in denen die primäre Vereinigung vernachlässigt wurde. Er stellt folgende Schlüsse auf: 1. Leichte Dammrisse spielen eine grössere Rolle in der Erzeugung körperlicher und geistiger Leiden, als gewöhnlich anerkannt wird. 2. Da eine vollkommene Heilung nur durch chirurgische Vereinigung der Wundränder erzielt werden kann, ob sofortige oder secundäre, so sollten dieselben Regeln für die leichtern als die schwereren Risse passen. 3. Daher sollten leichte Risse, so gut wie tiefere, sofort vereinigt werden. 4. Dammrisse des ersten und zweiten Grades, welche nicht primär genäht wurden, sollten sofort operirt werden, wenn sich irgend welche der Symptome, physische oder geistige zeigen, welche der Verunstaltung zuzuschreiben sind. Dieser Vorschlag würde viele, nicht einmal erkannte, Dammrisse zur Operation bringen. **P. F. Mundé** (New-York).

---

10. **Klebs** (Prag). Ueber Hydrops der Neugeborenen und Placentarcirculation.

(Vortrag im Verein deutscher Aerzte in Prag.)

(Prager med. Wochenschrift 1878. No. 52. Fortsetzung von No. 49, s. Centralbl. No. 3.)

Die allgemeine Anschauung geht dahin, dass die zwischen den Zotten befindlichen Hohlräume mütterliches Blut enthalten. Beweise dafür liegen nicht vor. In dem Fall von Hydrops der Frucht und Placenta von Jakesch wurde direct das Ausfliessen von Serum beim

Anschneiden der Placenta beobachtet. Verf. hatte selbst schon früher an einer noch in Zusammenhang mit dem Uterus stehenden Placenta von 4—5 Monaten Gelegenheit, unter der Grosszellenschicht der Decidua grosse, mit lymphatischen Elementen gefüllte Hohlräume nachzuweisen, und auch spätere Untersucher stimmen ihm hierin bei. Von Klinikern hat Br. Hicks angegeben, die intervillösen Räume frei von Blut gefunden zu haben.

Einige Beispiele, die Verf. citirt, erläutern fernerhin die bis jetzt bestehenden Gegensätze in den Anschauungen über Bau und Circulation in der Placenta. Placenten, in denen man reichlich frisches und geronnenes Blut in den intervillösen Räumen findet, häufig mit starker Auseinanderdrängung der Zotten, sind abnorm, so z. B. bei Variola hämorrhagica, bei Aborten.

Gestützt auf eine grössere Reihe noch zu veröffentlichender Untersuchungen führt Verf. an, dass die Zottenbäumchen in der Placenta gegen den Rand hin immer spärlicher und weniger verzweigt werden, die Enden derselben inseriren sich als sogenannte Haftwurzeln, frei von Zottenepithel, im mütterlichen Gewebe.

Bei Thieren lassen sich sehr gut die intervillösen Räume darstellen als dreieckige Spalten zwischen Reflexa und der Verzweigung der Zotten, und in ihnen die sogenannte Uterusmilch sich nachweisen.

Auch bei einer menschlichen Placenta aus dem 4. Monat der Schwangerschaft, noch in Zusammenhang mit dem Uterus stehend, gelang es Verf. jüngst die intervillöse Flüssigkeit aufzufangen und ihre Identität mit der thierischen nachzuweisen. Diese weissröthliche Flüssigkeit befand sich in einem 1 cm breiten Sinus, gebildet von der Placenta und dem Chorion frondosum einerseits, der Decidua andrerseits (Sinus interdecidualis).

Er entwickelt sich besonders in dem dem Muttermund entfernter liegenden Theil der Placenta, im unteren wird vielleicht seine Bildung durch den Druck des Kopfes verhindert. Es liegt nahe anzunehmen, dass der Sinus interdecidualis und die intervillösen Räume zusammenhängen.

Künstliche Injectionen der Placenten mit farbigen Massen dürfen nur mit Vorsicht verwerthet werden; denn nach Verf. besteht die auf Grund solcher angenommene weite Communication zwischen den mittleren Arterien in den Septen der Placenta und den intervillösen Räumen nicht.

Zur endgültigen Entscheidung dürften besonders Präparate, die beim Porro'schen Kaiserschnitt gewonnen sind, werthvoll werden.

Als vorläufiges Resultat stellt Verf. demnach hin, dass die Chorionzotten sich in Hohlräumen befinden, die von dem grosszelligen Decidualgewebe gebildet sind. Ercolani hat daher mit seinem Organo glandulare nicht so Unrecht. Das in den intervillösen Räumen befindliche Blut ist wahrscheinlich immer als extravasirtes anzusehen.

Fehling (Stuttgart).

11. Haussmann (Berlin). Ueber das Verhalten der Samenfäden in den Geschlechtsorganen des Weibes.

Berlin, **A. Hirschwald,** 1879.

Ein vom Verf. vorangestellter kurzer Auszug aus den bisher bekannten Arbeiten zeigt, wie wenig Positives wir bisher über das Eindringen und die Persistenz der in die weiblichen Geschlechtstheile deponirten Spermatozoen wissen.

Zur Untersuchung der einzelnen Secrete auf ihren Gehalt an Samenfäden ist eine sehr exacte Technik nothwendig, wie Verf. dieselbe kurz beschreibt, wenn man nicht groben Irrthümern ausgesetzt sein will, besonders um die Vermischung von Vaginal- und Uterussecret zu vermeiden.

Zum sichern Nachweis der Samenfäden empfiehlt er die Anwendung verdünnter Jodtinctur, wodurch das an der breiteren Basis des Zellkörpers befindliche Protoplasma stärker gefärbt wird, als die andere Hälfte des Zellkörpers.

In dem Secret der Scheide, das übrigens trotz Beimischung des Samens stets seine saure Reaction bewahrt, erlischt die Beweglichkeit der Samenfäden spätestens nach 12 Stunden, meist aber schon viel früher. Unbewegliche fanden sich bis zu 36 Stunden im Secret. Die Beigel'schen Angaben über das Vorkommen mehrtägiger Beweglichkeit der Samenfäden im Scheidensecret weist Verf. demnach als unrichtig zurück. Nach einer Beobachtung erscheint es, als ob bei der bald nach einer Cohabitation eintretenden Menstruation der schon in den Uterus gelangte Same mit dem Blut wieder herauskäme.

Im Secret der Gebärmutterhöhle selbst waren die Spermatozoen von $1^1/_2$ Stunden bis $7^1/_2$ Tagen nach der letzten Cohabitation nachzuweisen. Selbstverständlich finden sich zahlreiche Ausnahmen und Abweichungen je nach der Weite des Muttermundes, seiner Stellung, der Secretion der Gebärmutter, der Menge der Spermatozoen. In der Scheide finden sich stets mehr Spermatozoen als in dem Uterus; mit der Dauer der Zeit nach der Cohabitation nimmt die nachweisbare Menge ab.

Verf. glaubt nach seinen Untersuchungen, dass nicht, wie Beigel meint, die meisten, sondern die wenigsten Spermatozoen in die Uterushöhle gelangen. Da regelmässig auch im normalen Gebärmutterschleim neben beweglichen bewegungslose Samenfäden sich vorfinden, so fällt damit die Hypothese Beigel's, dass Hypersecretion des Uterus, abnorme Beschaffenheit seines Secrets die Beweglichkeit aufhebe.

Vergleicht Verf. seine Befunde mit den gangbaren Theorien über die Art und Weise des Eintritts der Spermatozoen in den Uterus, so muss er vor Allem Beigel's Receptaculum seminis als grundlos zurückweisen. Auch der Kristeller'sche Schleimstrang giebt wohl nur einzelnen Samenfäden die Möglichkeit des Eintritts in den Uterus. Vielmehr gelangt er zu dem praktisch wichtigen Ergebniss, dass die

Hauptmenge des Samens durch die Ejaculation direct in den Uterus gelange.

Es ist demnach Alkalisirung des sauren Vaginalsecrets vor dem Coitus ein überflüssiges Beginnen. Dagegen ist die Erweiterung des engen äusseren Muttermundes zur Erleichterung des directen Eindringens in vielen Fällen angezeigt; bei Knickungen mit dadurch bedingter Stenose wird, wenn sonst die Secretion normal, die Ueberführung des Samens durch ein Spermaphor in den Uterus zu empfehlen sein.

Zum Schluss wird betont, wie wichtig bei örtlicher Behandlung die Auswahl der anzuwendenden Mittel sei, um nicht durch unzweckmässige Stoffe die Beweglichkeit der Samenfäden zu zerstören.

Fehling (Stuttgart).

---

12. **Levy** (München). Mikroskop und Sterilität.

(Bair. ärztliches Intell.-Blatt 1879. No. 1 und 2.)

Die Bedeutung der Untersuchung des männlichen Sperma's ausserhalb und in den weiblichen Geschlechtstheilen für die Sterilitätslehre zeigt Verf. an einigen drastischen Beispielen. Bei einer lange von andrer Seite wegen Sterilität behandelten sonst gesunden Frau waren trotz mehrmaliger Untersuchung nie Spermatozoen im Uterus zu finden; in einem andern Fall war der eine Hoden missbildet. Vorläufig können sich unsre Untersuchungen mit Sicherheit nur auf den Uterus erstrecken, die Hoffnungen, die vielfach in Bezug auf Erkenntniss und Heilung von Tubenerkrankungen gehegt werden, hält Verf. für allzu sanguinisch.

Verf. hat Untersuchungen an 60 wegen Sterilität behandelten Frauen gemacht, dabei war 57 Mal Katarrh des Uterus nachzuweisen. In allen diesen Fällen fanden sich nur wenig Spermatozoen im Uterus und waren spätestens nach 5 Stunden bewegungslos, während er bei gesunden 26 Stunden lang Beweglichkeit derselben im Uterus fand. 39 davon hatten nie geboren, 5 concipirten in Folge der Behandlung.

Zu unterscheiden sind die Verengung am äusseren Muttermund, die den ganzen Cervicalcanal betreffende, und die nur die Uterusschleimhaut betreffende Erkrankung, bei der es immer blutet.

In den 2 ersten Fällen sind wenig Spermatozoen im Cervicalcanal zu finden. Ob die von Verf. angegebenen Vorsichtsmassregeln um reinen Uterusschleim zu erhalten, genügend sind, liesse sich nach Haussmann bezweifeln.

Anschliessend giebt Verf. einen Fall nebst Abbildungen, wo die Beweglichkeit der Spermatozoen im Uterus durch die krankhaften Secrete der Höhle aufgehoben wurde.

Für Sterilitätscuren ist daran zu denken, dass Laminaria, Dilatatorien etc. Katarrh hervorrufen, weshalb stets antikatarrhalische Mittel dabei zu gebrauchen sind.

Zur Beseitigung eines eitrigen Katarrhs des Cervix, eventuell

selbst der Strictur wendet Verf. mit Vorliebe den galvanokaustischen Apparat an.

Gesunde Beschaffenheit der Uterussecrete ist die erste Vorbedingung für Conception; bei krankhaftem Secret verlieren die Spermatozoen ihre Beweglichkeit, werden verbogen und verkrümmt.

Bei gesundem Secret ist die Menge der Spermatozoen grösser, ihre Beweglichkeit lebhafter, das Sperma kann dann trotz Knickung und Stenose in den Uterus hineingelangen.

Sehr ausführlich erörtert Verf. die Art und Weise, wie er die Einspritzungen in die Vagina machen lässt, guter Apparat, bequemes Sitzen, richtige Einführung des Mutterrohrs und 3—4 Liter Wasser sind nöthig. Vor oder nach dem Coitus darf nicht eingespritzt werden; die Beweglichkeit des Sperma wird begünstigt durch Zusatz von Zucker, Glycerin, Kali causticum (1:1000).

Auch Verf. neigt sich der Ansicht zu, dass beim Coitus ein directes Eindringen des Sperma in das Collum stattfinden müsse.

Fehling (Stuttgart).

---

13. J. Popper. Casuistische Beiträge zur Kenntniss der Amenorrhoe.

(Wiener med. Presse 1878. No. 39—42.)

Verf. geht nach kurzer historischer Einleitung, in der er die Angaben verschiedener Autoren über den normalen Eintritt und die Dauer der Menstruation berührt, auf die Ursachen der Amenorrhoe über.

Das Hauptaugenmerk wurde auf die Ursachen der Amenorrhoe gerichtet, die im Genitalapparat selbst liegen. Verf. behandelt:

1) Amenorrhoe bedingt durch Uterus infantilis. Bei 14 Mädchen und Frauen unter 812, die wegen Amenorrhoe — dieselben waren niemals menstruirt — zur Consultation an die Wiener allgemeine Poliklinik im Zeitraume eines Jahres kamen, wurde der Uterus abnorm klein gefunden. Gewöhnlich werden dabei nur die Ovarien entsprechend kleiner gefunden. Ref.

2) Amenorrhoe bedingt durch Atrophia uteri praecox. Bei 12 Frauen, die früher theils regelmässig menstruirt waren, theils Kinder geboren hatten wurde als Ursache der Amenorrhoe ein abnorm kleiner, frühzeitig atrophirter Uterus erkannt. Auch die Ovarien nehmen meist an dieser frühzeitigen, regressiven Metamorphose Antheil. Ref.

3) Amenorrhoe bedingt durch Tuberkulosis pulmonum. In 10 Fällen bei amenorrhoischen Frauen war weniger oder mehr vorgeschrittene Tuberkulose nachweisbar.

Bandl (Wien).

---

14. H. J. Garrigues (Brocklyn). Ueber Endbindungsanstalten, besonders die von New-York.

(Verh. d. Amer. Gesellschaft f. Gynäkologie 1878. p. 592.)

Verf. bespricht in seinem sehr gediegenen und langen Aufsatze die Mortalitätsverhältnisse in den hauptsächlichsten Gebärhäusern der

civilisirten Welt, und deren wahrscheinliche Ursachen und Verbesserungsmittel und beschreibt dann ausführlich die verschiedenen Entbindungsanstalten (private und öffentliche) der Stadt New-York. Die Länge der Arbeit verhindert eine eingehendere Besprechung, umsomehr da die Endresultate in den folgenden Schlüssen hinreichend angegeben sind: 1) Entbindungsanstalten mit einer jährlichen Geburtszahl von nicht über 1000 sind nicht zu fürchten, wenn sie richtig geleitet werden. 2) Die Mehrzahl der New-Yorker Anstalten befinden sich in einem zufriedenstellenden Zustande, obgleich in Einzelnheiten manche Verbesserung angebracht werden könnte. 3) Die Einführung einer prophylaktischen antiseptischen Behandlung ist besonders zu empfehlen. 4) Es wäre wünschenswerth die medicinischen Legalen mit einer verhältnissmässig grossen Entbindungsanstalt in Verbindung zu setzen. 5) Da Statistiken eine unentbehrliche Quelle der Belehrung sind, steht zu hoffen, dass in der Zukunft mehr Gewicht auf die genaue und klare Aufzeichnung der Thatsachen gelegt werden wird. **P. F. Mundé** (New-York).

Casuistik.

15. **Breisky** (Prag). Zur Discussion über Porro's Methode des Kaiserschnitts. (Arch. für Gynäkologie Bd. XIV. Vol. I. p. 102.)

Pat., 32 Jahre, 143 cm gross, Extremitäten dünn, gerade; untere Brustwirbelsäule mässige Scoliosis dextroconvexa; geringe Kyphose; untere Lendenwirbel nebst Sacrum lordoscoliosis sinistroconvexa, rechte Hüfte höher als die linke. Becken abgeplattet und asymmetrisch, linke Dist. sacro. cotyl. nimmt knapp 2 Querfinger auf, rechts ist das Becken nur wenig geräumiger. Diameter Baud. 15; Conjug. vera 6,2—6,7, also: hochgradig allgemein verengtes, plattes, asymmetrisches, rachitisches Becken. Mässige Wehen, geringer Fruchtwasserabfluss, Schrägkopflage. Lister'sche Cautelen, grosser Schnitt bei der Laparotomie. Der Uterus vollkommen eventrirt. Um den Supravaginaltheil des Uterus 2 Kupferdrahtschlingen mit Cintrat'schem Schnürer. Plötzlicher Collaps beim Zuschnüren, trotzdessen, im Interesse des Kindes, sofort Eröffnung des Uterus, die Placentarstelle wird getroffen, Blutung geringer als bei einer normalen Geburt. Kind leicht asphyktisch extrahirt, wird bald belebt, 3305 g. Uterus nebst Ovarien $2^1/_2$ cm oberhalb der Schlinge abgetragen. Eine Kupferdrahtschlinge reisst, die andere zu weit gewordene Schlinge gleitet ab, Blutung wegen rascher digitaler Compression gering. Neues Anlegen von 2 Drahtligaturen, Schluss der Bauchwunde, Drainage neben den in den unteren Wundwinkel gelegten Drahtschnürer. Vollkommene Heilung.

Verf. macht zu diesem Fall folgende Bemerkungen: Schon die allerdings absolut kleine, so doch relativ — wegen der allgemeinen Seltenheit des Kaiserschnittes — grosse Zahl der Publicationen beweist die grosse Bedeutung von Porro's Operation. Diesem Autor ist unbedingt das Verdienst zuzuerkennen, eine neue Epoche in der Geschichte des Kaiserschnittes begründet zu haben. Auch über die Indicationen wird man bald einig sein, und Porro's Operation in Fällen von »absoluter Indication zum Kaiserschnitt« machen. Dann ist Porro's Methode in Fällen von narbiger Atresie der Scheide die einzige Rettung, da ja hier die Lochien nicht ausfliessen können. Aber auch der Einwand, dass man mehrere lebende Kinder durch mehrere Kaiserschnitte bei einer Mutter erzielt hat, wird hinfällig, »denn nur die bessere Aussicht auf Erhaltung von Mutter und Kind im gegebenen Falle« ist massgebend. Die Statistik spricht ferner schon jetzt für Porro. Die

Operation des künstlichen Aborts wegen Beckenenge wird bei der immerhin guten Prognose von Porro's Operation unhaltbar. Freilich giebt es noch Fälle von »relativer Indication zum Kaiserschnitte« wo die Behandlungsmethode selbst in den Principien noch nicht ganz feststeht.

Dem ausgezeichneten Vorschlag Müller's: den Uterus vor der Eröffnung zu eventriren und zu constringiren, stimmt Verf. nach näherer Ueberlegung durchaus bei. Scheint es auch aprioristisch schwierig den Uterus durch die Bauchwunde zu bekommen, so gelang es doch. Wichtig ist dabei die Verkleinerung durch Fruchtwasserabfluss. Die Ovarien sind bei der Constriction des noch vollen Uterus leicht mit zu entfernen. Die Gefahr für das Kind ist bei schneller Operation gering, die sonst am meisten gefürchtete Blutung bei Schnittführung durch die Placentarstelle fehlt. Somit bezeichnet Verf. Müller's Vorschläge als principiell annehmbar und empfehlenswerth.

Verf. räth zum Schluss sich des Nachschnürens am Stumpfe zur Beschleunigung der Abstossung des abgeschnürten Stückes zu enthalten, weil es überflüssig und gefährlich ist. Dagegen ist es nothwendig den Verband oft zu wechseln. Die vielen höchst interessanten Details müssen im Original nachgesehen werden.

Fritsch (Halle a/S.).

16. **Spencer Wells** (London). Exstirpation eines Uteruscystofibroms.

(Brit. med. Journ. 1878. December 14.)

Es ist dies erst die fünfte derartige vom Verf. exstirpirte Geschwulst. Der Fall betrifft eine 39 jährige, stets regelmässig menstruirte, seit 4 Jahren verheirathete, nie schwanger gewesene Frau, die seit 2 Jahren an den Erscheinungen eines Unterleibtumors litt. Nach Punction einer Cyste liess sich ein halbfester wenig über den Nabel emporragender Tumor und in der rechten Fossa iliaca fest damit zusammenhängend aber anscheinend doch nicht dazu gehörig der Uterus fühlen. Thornton's mikroskopische Untersuchung bestätigte Verf. Diagnose auf multiloculäre Eierstockscyste.

Da sich schon nach 3 Wochen die Cyste wieder gefüllt hatte, wurde unter Spray und strengster Antisepsis in Methylennarkose zur Operation geschritten. Durch die mediane, ungefähr 13 cm lange Incision präsentirte sich eine vielfach mit ihrer Umgebung verwachsene Cyste, die aber keinem der gesunden Ovarien angehörte, sondern der hintern Wand des ums Doppelte vergrösserten höckrigen Fundus uteri kurz und breit gestielt aufsass. Bei Lösung der Adhäsionen mit Rectum und Colon descendens schnitt Verf. ersteres mit der Scheere 2—3 cm weit ein; diese Schnittwunde vereinigte er sofort wieder mit fortlaufender Naht. Den Stiel fasste er in eine breite Klammer. Nach sorgfältigster Toilette verschloss er die Bauchwunde mit Seidennähten, den Stiel nähte er in den unteren Wundwinkel ein. Am 8. Tage fiel die Klammer ab. Die Wunde verheilte fieberlos per primam. Thymolgaze bildete den einzigen Verband. Pat. befindet sich jetzt vortrefflich.

Der Tumor ohne Flüssigkeit wog etwas über 2000 g, seine Zusammensetzung entsprach der des Uterus. Der Oberfläche desselben sassen drei grosse Cysten auf.

Herdegen (Stuttgart).

17. **Barnes** (London). Wechselbeziehung zwischen angeborener Uterusmissbildung und Beckenverengerung.

(Brit. med. Journ. 1878. December 14.)

Das Zusammentreffen einer durch Incision geheilten Stenose des Cervix mit Beckenenge, die einen leichten Forceps nöthig machte, lässt Verf. in Erwägung ziehen, ob bei Beckenenge, im Hinblicke auf die bei einer etwaigen Geburt entstehenden Schwierigkeiten, eine, in solchen Fällen häufig zugleich vorhandene Sterilität bedingende Missbildung des Uterus überhaupt in Behandlung zu nehmen sei.

Herdegen (Stuttgart).

18. **Hunter Mair** (Oswestry). Riesenkinder.

(Brit. med. Journ. 1879. Januar 4.)

Verf. berichtet von dem todtgebornen 11. Kind einer Frau, das 16 ℔. englisch (ca. 7200 g) wog, bei 2′ 2″ Länge. Im selben Blatt berichtet Bradley über einen

lebendgebornen Knaben von 13½ ℔. (6100), und einen Anenkephalus von 21″ Länge und 15½ ℔. Gewicht (6700 g.)

Diese Zahlen bleiben also noch immer unter denen in No. 41 der Berliner klin. Wochenschrift erwähnten eines neugebornen Knaben von 62½ cm und 8250 g.

Fehling (Stuttgart).

19. **Weil** (Prag). Verjauchte Ovariencyste. Heilung durch Exstirpation.

(Prager med. Wochenschrift 1878. No. 43.)

Eine 39jährige Frau, die vor 13 Jahren zuletzt geboren, erkrankte ca. 3½ Jahr vor Eintritt in die klinische Beobachtung unter den Erscheinungen eines rechtsseitigen Unterleibstumors. Bei der Aufnahme auf die Breisky'sche Klinik wurde sofort als Indicatio vitalis Punction der Geschwulst nöthig, wobei sich eine reichliche Menge aashaft stinkender, reichlich mit Gas gemischter Flüssigkeit entleerte. 10 Tage darauf wurde eine 2. Punction gemacht und ähnlicher Inhalt entleert. Unter Drainage und regelmässigen Ausspülungen der Eiterhöhle trat sehr langsam Entfieberung und Besserung der Secretion bis zum allmäligen Versiegen ein. 10 Monate nach der 1. Punction constatirte Verf. einen Tumor von der Grösse eines Uterus im 8. Monat der Schwangerschaft, der rechten Uteruskante dicht ansitzend. Er schritt unter antiseptischen Massregeln zur Operation, verschloss die Fistelöffnung des Sacks mit 2 Nähten, um Einfliessen von Eiter in die Bauchhöhle zu verhindern. Darauf wurde die Bauchhaut bis gegen den Processus xiphoideus gespalten, um den Tumor in toto herausnehmen zu können. Der Stiel, vom rechten Ligamentum latum gebildet, wurde doppelt mit Catgut unterbunden. Der normale Heilungsverlauf wurde nur vorübergehend durch ein Oedem der linken untern Extremität gestört.

Bemerkenswerth an dieser Beobachtung ist, dass Verjauchung des Inhalts vor der Punction eingetreten war. Dies ist selten; Darmadhäsionen, was nach Olshausen häufig die Ursache davon ist, kann in diesem Fall nicht Schuld daran gewesen sein.

Fehling (Stuttgart).

20. **Stille** (Ihlienworth). Zur Ovariotomie.

(Memorabilien Bd. XXIII. Hft. 10.)

Verf. rühmt den Vorzug, den die Operation in gut eingerichteten Privathäusern besonders für die Kranken habe, wodurch diese sich auch bälder zur Operation entschliessen. Er berichtet dann über einen von ihm an einer 48jährigen Frau ausgeführten Fall von Ovariotomie. Die Operation wurde antiseptisch, wie es scheint ohne Spray, ausgeführt. Abgesehen von zahlreichen Adhäsionen fand sich nichts besonderes. Stiel in Klammer gelegt; Heilung. Die Nachbemerkungen enthalten nichts besonderes.

Fehling (Stuttgart).

21. **Baumgärtner** (Baden-Baden). Drei Laparotomien innerhalb dreier Jahre an derselben Patientin ausgeführt.

(Berliner klin. Wochenschrift 1879. No. 5.)

33jährige Frau, linksseitige, mehrkammerige Ovarialcyste. Ovariotomie September 1875 ohne antiseptische Cautelen, nur wurde die Bauchhöhle nach der Operation mit einigen Litern Wasser von 30° R. ausgespült. Klammerbehandlung des Stieles; Drainage des Douglas. Genesung: Pat. stand am 34. Tage mit vollständig vernarbter Wunde auf.

Bis December 1876 war Pat. ganz wohl, dann bekam sie nach einer Anstrengung heftige Schmerzen in der Wunde, dieselben steigerten sich allmälig so, dass sie sich selbst im Bette keinerlei Bewegung erlauben konnte, ebenso wurden die Urinentleerungen äusserst schmerzhaft. Eine Untersuchung ergab keine anderen Anhaltspunkte, als dass es sich um Zerrung des Stieles und eventuell um Verwachsung desselben mit Nachbarorganen handelte.

März 1877 Laparotomie. Es zeigte sich der Stiel mit der hintern Blasenwand, dem Netz und einigen Darmschlingen verklebt. Die Verlöthungen wurden gelöst, der Stiel versenkt, und betreffende Netzstelle mit in die Wunde eingenäht. Heilung nach mehreren Wochen.

Verf. empfiehlt folgenden Schnürapparat hierbei: Auf fingerbreiten 8—10 cm langen Streifen von gut klebendem Taffet wird an dem Ende der nicht klebenden Seite eine männliche Hafte aufgenäht. Solcher Streifen klebe man senkrecht zur Wunde 2 cm vom Wundrande entfernt so viele zu beiden Seiten desselben auf, dass die beiden Reihen die Wunde etwas überragen. Die beiden gegenüberstehenden Haften werden dann mit starken Fäden bis zum festem Contact der Wundränder angezogen und der Faden geknotet. Die Wunde wird so nicht selbst von Pflasterstreifen bedeckt, kann leicht übersehen und gereinigt werden und beim Verbandwechsel ist keine Zerrung zu fürchten.

Im Januar 1878 traten wieder starke Schmerzen in der rechten Ovarialgegend auf, die sich mit jeder Periode verstärkten und zuletzt unerträglich wurden. Uterus normal. Längs des rechten, etwas intumescirten Ovariums lässt sich deutlich eine daumendicke längliche Anschwellung erkennen, die bis zur linken terminalis reicht und daselbst fixirt ist, so dass Ovarien und diese Anschwellung kaum beweglich erscheinen. Es trat dann allabendliches Fieber ein und Pat. kam zusehends immer mehr herunter.

19. August 1878 Castratio. Entfernung des Ovariums mit der an eitriger Salpingitis erkrankten Tube. Das Ovarium ist normal. Der Trichter der Tube mit demselben verwachsen, die Fimbrien untereinander verklebt, bildeten mit dem Trichter ein straff gespanntes daumendickes Säckchen, das mit dickem käsigem Eiter gefüllt war und an mehren Stellen so dünne Wandungen zeigte, dass ein Durchbruch jeden Augenblick hätte erfolgen können. Zur Entspannung der Haut wurden Silberschlingen in folgender Weise angelegt. 4 cm vom Wundrand entfernt dringt die Nadel auf der einen Seite schräg durch die Bauchdecken hindurch und ebenso auf der anderen Seite heraus. 2 cm tiefer oder höher geht derselbe Draht auf letzterer Seite wieder durch die Bauchdecken zurück und tritt auf erster Seite in derselben Distanz von dem Wundrande wieder hervor. Diese Schlinge wirkt ähnlich wie eine Zapfennaht nur wird bei stärkerer Spannung die Haut nur wenig beschädigt, während Zapfen zuweilen stärkeren Decubitus hervorbringen.

Pat. verliess am 16. Tage völlig geheilt das Bett.

Schellenberg (Leipzig).

22. **J. Dvoràk.** Ichthyosis neonatorum cornea scutellata.

(Casopisu ces. lékařu 1878. No. 45.)

Den 15. October 1878 kam auf die Hebammenklinik des Prof. Weber, Ritter von Ebenhof eine 23jährige I.gebärende, mittelgross, ziemlich kräftig gebaut. Angeblich war sie seit ihrer Jugend stets gesund, und in der ganzen Familie hat Niemand an einem Hautausschlag gelitten; die Eltern und 3 Geschwister leben. Der Vater des Kindes ist 24 Jahre alt, und auch von seiner Seite lässt sich Heredität nicht nachweisen. Menses hatte sie seit dem 16. Lebensjahre stets regelmässig, mit 4wöchentlichem Typus; die letzten den 16. Februar. Die ersten Kindesbewegungen fühlte sie gegen Mitte Juni. Nach diesen beiden Angaben sowie nach dem Gewicht des Kindes trat die Geburt vorzeitig in der 2. Hälfte des 9. Schwangerschaftsmonates ein. Bei ihrer Ankunft auf der Klinik gab sie an, die 1. Wehen den 14. October 2 Uhr Nachmittags empfunden zu haben und die Wässer seien seit 15. October 5 Uhr früh abgeflossen, und man hatte bei der äussern und innern Untersuchung folgenden Befund. Die Form des Unterleibs länglich, auffallend schmal, Ausdehnung klein, Kopf und kleine Theile nicht durchzutasten, fötale Herztöne sehr schwach in der Mittellinie, die während der ganzen Schwangerschaft ziemlich lebhaften Kindesbewegungen gab die Mutter links unten an. Innerlich fand man den Muttermund verstrichen, und in demselben einen rundlichen, weichern Theil als der Schädel mit einer rauhen, einem gegerbten Leder ähnlichen Bedeckung, auf welcher der untersuchende Finger hin und her verlaufende Furchen und Lücken fühlte. Etwas höher gelangte man in den After und in eine Schenkelfalte. Nach diesem Befund konnte man sich zwar über die Lage, nicht aber über die Eigenthümlichkeit der allgemeinen Decken Aufschluss geben; erst 12¼ Uhr Nachmittags wurde die entartete Frucht entwickelt und unsere Neugierde erklärt. Das lebende Mädchen wog 2100 g, und

war 45 cm lang. Die ganze Oberfläche des Körpers ist mit grösseren und kleineren zuerst weisslichen später wachsgelben hornartigen, schildförmigen Platten und Schuppen bedeckt, deren Ränder theils anliegen, theils tellerartig aufgehoben sind; zwischen diesen findet man an den Extremitäten längliche, am Rumpf und den Gelenken entsprechend quer verlaufende 0,5—2 cm breite, theils röthliche, theils blasse narbenartige Risse, die bis ans Coriun reichen; nur am Rücken und Gesäss ist der hornartige Panzer weniger eingerissen, in grösseren Platten zusammenhängend. Die wolligen Haare sind nur an einzelnen Schuppen erhalten. Der Kopf, dessen Umfang 30 cm beträgt, ist niedrig, zum übrigen Körper jedoch verhältnissmässig gross. Den Ueberzug bilden 5 hornartige, gelbliche, nur mit spärlichen Haaren bedeckte Platten, die von röthlichen Furchen von einander getrennt sind. Den beiden Stirnhöckern entsprechend sowie an den Wangen treffen die dichten Risse strahlenartig zusammen, so dass die Schuppen ein borstenartiges Aussehen haben. Beide Ohrläppchen fehlen, die Nase ist verkümmert, platt eingedrückt, der Mund oval geöffnet; beide Augenhöhlen sind von der rothen Schleimhautfalte des ectropischen oberen Augenlides bedeckt, und nur das linke Auge etwas wenig sichtbar. Der schuppenartige Ueberzug des Gesichtes geht in eine rosenrothe, normale Lippenschleimhaut über, der Ober- und Unterkiefer ist von den Lippen nicht bedeckt. Das Dorsum und vola manus et pedis ist frei von Schuppenbildung, stark geschwollen, die kleinen verkümmerten Finger und Zehen krallenartig verkrümmt. Die weichlichen äussern Geschlechtstheile sind normal, die Scheiden-, Harnröhren- und Aftermündung offen. —

Das Kind bewegte sich einige Stunden nach der Entbindung ziemlich lebhaft, liess bald Meconium, und zog ziemlich kräftig an dem ihm dargereichten Ansatz einer Saugflasche. Es wurde in Fettläppchen gehüllt auf Wärmflaschen gehalten, mit der entsprechenden Milchmischung genährt, und auf diese Weise 39 Stunden am Leben erhalten.

An der 450 g schweren Placenta war makroskopisch keine Abnormität sichtbar.

Diesem von D. beobachteten Fall sind auffallend ähnlich der Vrolik'sche, der Lewins'sche (in Amsterdam) und der Löcherer'sche Fall (Kösching) [von Ichthyosis intrauterina.

Dvorák (Prag).

23. **Kocher** (Bern). Ein Fall von Elephantiasis cruris mollis.

(Correspondenzblatt für schweizer. Aerzte 1878. No. 20. p. 625.)

24. **Langhans** (Bern). Lymphangioma congenitum der unteren Extremität.

(Virchow's Archiv Bd. LXXV. Hft. 2. p. 293.)

In der chirurgischen Klinik zu Bern starb der 7 Monat alte Erni Joseph, der schon bei der Geburt eine Vergrösserung der linken unteren Extremität zeigte. Zwei Mal wurden Stücke des Tumors excidirt, die L. zur Untersuchung benutzte. In der Haut fanden sich keine Lymphgefässerweiterungen oder- Neubildungen. Hingegen je tiefer man im Panniculus kam, je näher den grossen Gefässen, wie dann die Section ergab, desto dichter wurde ein Canalsystem, dessen Wandungen durch neugebildetes Bindegewebe hergestellt wurde. Die Canäle zeigten sich als erweiterte Lymphgefässe.

Die Frage, ob diese Erweiterung Stauungserscheinungen seien, verneint L. auf das Bestimmteste, da keine Abnormität der Hauptlymphstämme, speciell des D. thoracicus gefunden wurde. Auch die Theorie von Klebs, demgemäss eine Vermehrung des Zuflusses, bei mächtiger Dilatation der Blutgefässe, die Erweiterung der Lymphbahnen bedinge, passt für diesen Fall nicht, da eine Erweiterung der Blutgefässe absolut nicht zu constatiren war.

L. sucht die Ursache in selbständiger Wucherung der Lymphgefässe. Gegen Wegner führt er an, dass bei der enormen Erweiterung des Lumens die Endothelien deutlich zu erkennen seien, dass die Wand viel leichter sichtbar zu machen sei, als unter normalen Verhältnissen. Dies deute einen Entzündungsprocess der Lymphgefässwände an, welchen er als die Ursache der Vermehrung und Erweiterung der Lymphgefässe ansieht.

Ahlfeld (Leipzig).

25. Litten und **Virchow** (Berlin). Ein Fall von Androgynie mit malignem teratoidem Kystom des rechten Eierstocks und doppelseitiger Hydrocele cystica processus vaginalis peritonaei.

(Virchow's Archiv Bd. LXXV. p. 329.)

Am 31. Mai 1877 wurde in der Frerichs'schen Klinik die 16jährige Clara Hacker aufgenommen. Der Leib war durch einen Tumor stark ausgedehnt, der sich später als Eierstockskystom auswies. Von grossem Interesse waren Verbildungen der äusseren Geschlechtstheile, die schon nach Aussage der Mutter bei der Geburt bemerkt wurden. Die Clitoris ähnelte einem Penis. Unterhalb desselben sah man eine Spalte, zu deren beiden Seiten zwei runzlige Schamlippen sich befanden. Im 14. Jahre traten die Menses unter äusserst heftigen Schmerzen, sehr regelmässig wiederkehrend, auf. Im September 1876 cessirten sie und es begann der Tumor im Unterleibe sich zu entwickeln.

Die genaue Untersuchung der Genitalien an der Lebenden ergab folgenden Befund: Der Pseudopenis ist auf dem Rücken $5^1/_2$, an der Basis $2^1/_2$ cm lang. Im erectirten Zustande 8 cm Rückenlänge. An der unteren Fläche verläuft eine Furche, die in eine weite Spalte überging. Diese Spalte wurde von zwei runzeligen mit Haaren besetzten Wülsten gebildet. Beim Auseinanderziehen bemerkte man oben die Harnröhrenöffnung und darunter den sehr engen Introitus vaginae. Im oberen Theile der linken Schamlippe fühlte man einen mandelgrossen Körper. Rechterseits ist ein ähnlicher Körper neben dem Gliede, aus dem Leistencanal vordringend, zu sehen.

Der Allgemeineindruck des Individuums ist ein weiblicher, nur die Stimme ist männlich rauh.

Virchow entschied sich schon an der Lebenden mit Bestimmtheit für das weibliche Geschlecht, da dem vermeintlichen rechten Hoden der Nebenhode fehlte.

Die Section bestätigte diese Annahme. Bei Eröffnung des Unterleibes tritt der grosse Tumor zu Tage, der als entartetes rechtes Ovarium zu deuten ist. Der Uterus, dünnwandig, mit sehr langer Portio vaginalis, ist durch den Tumor aus dem Becken heraus, und etwas nach rechts geschoben. Das linke Ovarium liegt plattgedrückt an normaler Stelle. Die beiden Tumoren des Leistencanals ergeben sich als doppelseitige Hydrocelen des Processus vaginalis peritonaei. Ausserdem fanden sich bei der Section noch andere Anomalien, von besonderem Interesse: Der obere Lappen der rechten Lunge ist noch einmal tief gespalten; die Aorta zeigt sich in ihrer ganzen Länge zu eng, ganz chlorotisch; Persistenz der Thymusdrüse.

Zu dem Sectionsbericht liefert Virchow eine Reihe der wichtigsten Bemerkungen, besonders über Blutungen scheinbar menstrueller Natur bei Mangel der Ovulation. Diese Pseudomenstruation könnte sehr wohl auch einmal beim mit Uterus masculinus versehenen Manne vorkommen. Der genauere Bericht über den Befund am entarteten Eierstocke muss im Original nachgelesen werden. Ueberhaupt bietet der Bericht über diese Kranke und über den Sectionsbefund soviel des Anregenden, dass ein genaueres Studium dringend empfohlen wird.

Ahlfeld (Leipzig).

26. Ellinger (Stuttgart). Torsion fibröser Uteruspolypen.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 1.)

Verf. ist der Ansicht, dass die Methode der Abdrehung der fibrösen Uteruspolypen bisher nicht die rechte Würdigung gefunden habe; und doch mache dieselbe die Entfernung der noch intrauterin sitzenden Polypen, die bei Anwendung anderer Operationsweisen stets sehr schwierig und zuweilen auch gefährlich sei, zu einem sehr einfachen, durchaus keine besondere Uebung erforderenden und ganz gefahrlosen Eingriff.

Als Beleg theilt er 3 Fälle mit, in denen allen die Abdrehung mit der Luer-schen Steinzange vorgenommen wurde und zwar waren bei den 2 hühnereigrossen

Polypen 3 resp. 6, bei den 3 mannsfaustgrossen 22 Umdrehungen erforderlich. Besondere Vorbereitungen oder Nachbehandlung war nicht nöthig; eine Blutung oder sonstiges übles Ereigniss kam nie vor. **Schwarz** (Halle a/S.).

27. **Sippel** (Bornheim). Ein Fall von schwieriger Geschlechtsbestimmung. 1 Holzschnitt. (Archiv für Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 1.)

Das Kind einer 22jährigen I para zeigte in der Medianlinie unterhalb der Symphyse ein 2 cm langes und 1 cm dickes, cylindrisches Gebilde mit deutlicher Glans und Präputium; auf der unteren Seite befand sich eine mit Schleimhaut ausgekleidete Halbrinne, welche an der Wurzel in eine Oeffnung auslief, durch die ein Katheter in die Blase gelangte. Zu beiden Seiten erhoben sich zwei fettgepolsterte Hautkissen, die ebenso gut als grosse Labien, wie als Scrotum fissum aufgefasst werden konnten; Hoden waren in denselben nicht nachweisbar; ebenso wenig war etwas von einer Scheidenöffnung oder von kleinen Labien aufzufinden. Durch die Rectaluntersuchung konnte weder das Vorhandensein eines Uterus, noch von Ovarien, sondern nur eines kleinen rundlichen Körpers constatirt werden, den Verf. für die Prostata hielt und deshalb das Individuum für männlich erklärte.

Nach $3^1/_2$ Wochen starb das Kind an Schwäche und bei der Section wurden sämmtliche weibliche Generationsorgane vollständig vorhanden gefunden; doch war das Corpus uteri atrophisch und nur der Cervix normal entwickelt (er war für die Prostata gehalten worden); die Vagina mündete in die Urethra ca. $1^1/_2$ Zoll über dem Orific. extern. **Schwarz** (Halle a/S.).

28. **Sotschawa.** Ein Fall von Duplicität der Gebärmutter und der Scheide mit Gravidität beider uteri.

(Moskowsk. Medizinsk. Gaseta 1878. No. 25.)

26jährige Frau hat 1 Mal abortirt, 1 Mal (vor 1 Jahre) ein reifes Kind geboren und befindet sich jetzt wieder im 3. Monat. Sie consultirte S. wegen einer heftigen Blutung. Bei der ersten Untersuchung fand S. nur eine Scheide und einen im 2. Monat schwangeren, abortirenden Uterus. Erst nachdem die Frau selbst auf die abnorme Bildung ihrer Geschlechtsorgane aufmerksam gemacht hatte (sie wusste dies von einem früheren Arzte), wurde folgender Befund constatirt: äussere Genitalien normal, 1 cm hinter dem Introitus beginnt eine ununterbrochene Scheidewand, welche die Scheide völlig in 2 Hälften theilt 2 vollständige Gebärmütter, beide schwanger und zwar enthielt die eine (linke) einen $1^1/_2$ monatlichen, die andere einen 3 monatlichen Foetus. Nach Ansicht des Verf. handelt es sich hier um einen sicheren Fall von Superfoetation. **Schwarz** (Halle a/S.).

29. **F. P. Tuckey** (Ireland). Casuistische Belege zur Infectionstheorie des Puerperalfiebers. (Med. Press 1878. October 2.)

In dem ersten der 2 mitgetheilten Fälle begab sich Verf. von einer Entbindung weg, wo die Frau einen Convulsionsanfall gehabt hatte, zu einer weit entfernt wohnenden Erysipelkranken. Ohne dort irgendwie etwas berührt zu haben kehrte er dann sofort zum Bett der Entbundenen zurück. Dieselbe machte ein schweres Puerperalfieber durch, aber genas. Im 2. Fall entband er nach vorheriger Oeffnung eines stinkenden Abscesses eine gesunde Frau, gebrauchte jedoch vorher Carbolwaschung und andere Vorsichtsmassregeln. Trotz leichter Entbindung starb die Frau am 5. Tag.

Verf. glaubt, dass in beiden Fällen ein an seiner Person haftendes Contagium die Ursache der Infection war. **Underhill** (Edinburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S. (Alte Promenade), an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart (Alleenplatz 3), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling und **Dr. Heinrich Fritsch**

in Stuttgart. in Halle a/S.

Dritter Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 15 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

N°. 7. Sonnabend, den 29. März. **1879.**

I. Ueber die künstliche Verschliessung der Eileiter.

Geschichtliche Bemerkung

Von

D. Haussmann in Berlin.

J. Kocks (diese Zeitschrift 1878, No. 26) hat kürzlich »eine neue Methode der Sterilisation der Frauen« beschrieben, welche darin besteht, dass die Gebärmuttermündung der Eileiter durch eine Aetzung mit der galvanokaustischen Sonde verschlossen werden soll, und hält er dieses Verfahren überall da für angezeigt, wo die Schwangerschaft oder Geburt mit einer grossen Lebensgefahr für die Mutter verbunden ist.

Niemand hat seitdem meines Wissens daran erinnert, dass dieser auch in einer Zeitschrift als neu bezeichnete Plan bereits vor mehreren Jahrzehnten ersonnen worden ist, und dass nur die Erweiterung seines

Zieles, und die Einführung des galvanokaustischen Apparates neu sind; ich erlaube mir daher darauf hinzuweisen, dass, während Tylor Smith (Lancet 1849, I. p. 529) die Sondirung der Eileiter zur Beseitigung mancher von ihrer angeblichen Verstopfung herrührenden Unfruchtbarkeit geübt, Froriep (Notizen aus dem Gebiete der Natur und Heilkunde. Bd. X. XI.) bereits den Gedanken angeregt hat, durch eine mit Höllenstein armirte Sonde die Gebärmuttermündungen der Eileiter solcher Frauen zu ätzen, welchen im Falle einer Empfängniss der Kaiserschnitt bevorstand.

Vor ihm haben indess schon Andere und speciell Blundell (Vorlesungen über Geburtshülfe; deutsch von L. Calmann. Leipzig 1836. I. p. 79) auf Grund der von ihm selbst und schon früher bekanntlich von Haighton gemachten Versuche über die Befruchtung von Kaninchen, wie ich des Zusammenhanges wegen hinzufügen will, den Plan entworfen, die Durchgängigkeit der Eileiter bei drohenden schweren Geburten durch ihre Durchschneidung zu vernichten. Beide Verfahren, welche ethisch eine ungefähr gleiche Berechtigung wie die künstliche Befruchtung haben, sind indess unter den Zweifeln, welchen die Operation, und auch nur die Sondirung der Eileiter überall begegnet ist, sehr bald wieder in Vergessenheit gerathen, um ihr, wie andere ältere geburtshülfliche oder gynäkologische Arbeiten nach einem vieljährigen Schlummer durch eine neue Entdeckung entrissen zu werden.

II. Cystocele vaginalis als mechanisches Geburtshinderniss.

Von

Dr. **Dick** in Bern.

Im Anschlusse an den in No. 2, 1879, des Centralbl. f. Gynäkol. von Herrn Dr. Brennecke mitgetheilten Fall von mechanischem Geburtshinderniss, bedingt durch eine Cystocele vaginalis, veröffentliche ich, in Anbetracht der Seltenheit dieses Vorkommens, eine jenem Falle in allen Beziehungen ganz analoge Beobachtung.

Frau R., 22 Jahre alt, Drittgebärende; die beiden ersten Geburten verliefen spontan, beide Kinder leben; die letzte Geburt fand im Juli 1876 statt; einige Zeit nach dieser Niederkunft bemerkte die Frau, dass ihr eine weiche Geschwulst aus der Schamspalte heraustrat, die allmälig ungefähr Eigrösse erreichte und auch während der letzten Gravidität, die Mitte Januar 1878 ihr Ende erreichte, sich beständig bemerkbar machte, ohne dass sich jedoch irgend welche Störungen von Seiten des Urinirens je gezeigt hätten.

Am 13. Januar Abends 8 Uhr wurde ich von einer Hebamme zur Geburt gerufen. Ich fand die Frau in voller Geburtsthätigkeit mit sehr schmerzhaften Wehen; die Wehenthätigkeit hatte am nämlichen Tage morgens früh begonnen; bei der Ankunft der Hebamme, Nachmittags 2 Uhr, war das Orificium externum 2 Francstück gross, die Blase sternal, kein vorliegender Theil war zu fühlen; das Kind lebte.

Abends 7 Uhr gingen bei völlig erweitertem Muttermunde die Wasser ab, dabei trat der Kopf in den Beckeneingang und es erfolgte ein Vorfall der Nabelschnur, wegen welchen Umstandes ich zur Geburt gebeten wurde.

Bei der vorgenommenen Untersuchung fand ich das Abdomen nicht übermässig ausgedehnt, in der Ileocoecalgegend wölbte sich die stark angefüllte Harnblase vor, ziemlich schmerzhaft auf Druck; das Becken leicht allgemein verengt; bei der inneren Exploration trat dem untersuchenden Finger direct im Scheideneingang eine weiche, fluctuirende Geschwulst entgegen, die nicht schmerzhaft auf Druck und in der rechten Beckenhälfte gelegen war; ich dachte zuerst an ein Haematom, kam aber bald bei Vornahme einer genaueren Untersuchung von diesem Gedanken ab. Die Geschwulst war etwa eigross, verjüngte sich nach rechts und oben in einen Stiel, so dass der ganze im kleinen Becken gelegene Theil etwa die Länge von 10 cm erreichte; beim Eintritte einer Uteruscontraction wurde die Geschwulst prall gespannt und schmerzhaft auf Druck, ebenso füllte sich der Tumor bei Druck von aussen auf die gefüllte, rechts gelegene Harnblase; es war somit zur Evidenz bewiesen, dass die Geschwulst im kleinen Becken mit der Harnblase communicirte und zwar durch den nach oben sich verjüngenden Stiel, so dass auch in diesem Falle die Harnblase die von Dr. Brennecke angegebene Sanduhrform zeigte; der Grund dieser Einschnürung lag in dem vorliegenden Kopfe, der sich in I. Stirnlage fest in den Beckeneingang herabdrängte und dadurch die theilweise dislocirte Harnblase an der seitlichen Beckenwandung platt drückte.

Die Einführung des Katheters, die leicht gelang, brachte die Geschwulst zum Verschwinden und entleerte auch den oberhalb des Beckeneingangs befindlichen Theil der Harnblase.

Obschon sich der Kopf ungünstig zur Geburt präsentirte, so glaubte ich doch, durch Beseitigung dieses Hindernisses würde die Geburt ihren spontanen Verlauf nehmen, da weiter keine Indication zu operativem Eingreifen vorhanden war; die Nabelschnur war schon vor meiner Ankunft pulslos.

Da aber die Wehen cessirten und nach Abwarten von einer Stunde dieselben nicht wiederkehrten, entschloss ich mich zur künstlichen Beendigung der Geburt, indem die Frau, durch die lange Geburtsdauer erschöpft, die Beendigung ihrer Leiden sehnlichst herbeiwünschte.

Ich machte mich gefasst darauf, bei der ungünstigen Einstellung des Kopfes und der zwar geringen Beckenverengerung, eine Perforation ausführen zu müssen, war aber nicht wenig erstaunt, bei dem vorausgeschickten Versuche mit der Zange die Geburt zu beendigen, den Kopf mit wenigen leichten Tractionen entwickelt zu sehen.

Das Kind war von mässiger Grösse, der Kopf, mit exquisiter Stirnlage-Configuration, zeigte die normalen Maasse. Das Wochenbett verlief normal, ohne Urinbeschwerden.

Es unterliegt in diesem Falle wohl auch keinem Zweifel, dass die Geburtsstörung durch die Cystocele bedingt war; in dem Brennecke'schen Falle lag die Cystocele rechts, zog sich aber nach vorn und links und bedingte durch Gegendruck von vorn und unten eine Vorderscheitelbein-Einstellung, während in dem unsrigen Falle die Cystocele und der übrige Theil der Blase rechts gelegen war; es hatte dies zur Folge, dass der wahrscheinlich normal sich einstellende Kopf mehr in die linke Hälfte des Beckeneinganges verdrängt wurde; bei dem Wehendrucke von oben stemmte sich das Hinterhaupt auf dem linken Rande des Beckeneinganges an, die fortbewegende Kraft wirkte in Folge dessen mehr auf das Vorderhaupt und es entstand eine I. Stirnlage. Dass dem Becken nicht etwa die Hauptschuld an der fehlerhaften Einstellung zur Last gelegt werden darf, glaube ich ganz von der Hand weisen zu müssen, indem sonst nicht die Ent-

wickelung des Kopfes mit dem Forceps eine so leichte gewesen wäre; es kann somit nur die fehlerhafte Einstellung des Kopfes noch begünstigt worden sein durch die leichte Beckenverengerung.

Die Aetiologie der zu mechanischer Geburtsbehinderung führenden Cystocele liegt in diesem Falle offen da, indem die Frau schon früher an Prolapsus vaginae litt und nach der Niederkunft von mir wegen Prolapsus uteri behandelt wurde.

---

1. **A. Kölliker** (Würzburg). Entwicklungsgeschichte des Menschen und der höheren Thiere.

2. ganz umgearbeitete Aufl. Leipzig, **Wilh. Engelmann,** 1879. 1033 S. 606 Fig.

Der Verf. eines Handbuchs der Entwicklungsgeschichte, der mit seiner Arbeit in unseren Tagen vor die Oeffentlichkeit tritt, muss nothwendig mit der Darwin'schen Entwicklungshypothese in irgend einer Weise sich auseinandersetzen. Das geschieht auch von dem Autor obigen Werkes, das nach fast zwei Jahrzehnten in neuer Gestalt, den Fortschritten der Wissenschaft entsprechend vermehrt und durchaus umgearbeitet, nunmehr in zweiter Auflage vorliegt. Freilich entscheidet er sich — wie wohl zu erwarten war — nicht zu Gunsten der »Darwin-Haeckel'schen Phylogonie«; Kölliker hält an der von ihm vertheidigten Evolutionslehre fest, »nach welcher die einzelnen Typen nicht ganz allmälig in einander sich umgebildet, sondern sprungweise auseinander sich entwickelt haben«.

I. Hauptabschnitt (Entwicklung der Leibesform und Eihüllen). Die Eier der gesammten thierischen Organismen sind zunächst in zwei Hauptgruppen zu sondern, je nachdem sie nämlich vollkommen einer einzigen Zelle entsprechen oder nicht (einfache und zusammengesetzte Eier). Dotter, Keimbläschen, Keimfleck des einfachen Eies (Wirbelthiere, Cephalopoden, höhere Crustaceen, Arachniden) sind dem Zellinhalte, Kern, Kernkörperchen homolog. Der Dotter des zusammengesetzten Eies (Insecten, Würmer) dagegen stellt eine von aussen (aus besonderen Organen oder Zellen des Eierstockes) stammende Substanz dar, die erst secundär mit dem Ei sich verbindet (secundärer Dotter). Dem von His aufgestellten Satz, dass der Nahrungsdotter des Hühnereies aus eingedrungenen Epithelzellen des Graaf'schen Follikels entstehe, tritt K. nicht bei. — Mittleres Keimblatt: Beim Hühnchen stammt das ganze Mesoderm von der Axenplatte (Primitivstreif); es ist somit ganz und gar ein Derivat des äusseren Keimblattes. Wahrscheinlich verläuft auch beim Kaninchen dieser Entwicklungsvorgang in ähnlicher Weise. — Urnierengang, Urnieren: Der Urnierengang des Hühnchens entsteht aus einer sich abschnürenden warzenförmigen Zellenmasse der Seitenplatte, während die Urnieren bei ihrem ersten Auftreten kolbenförmige Wucherungen der Mittelplatten darstellen, die, zwischen dem Urnierengang und der Aorta gelegen, medianwärts wachsen; sie besitzen eine sehr enge Höhlung, die mit rundlicher Oeffnung in die Bauchhöhle mündet

(Urnierenschläuche). Beim Kaninchen verfolgte K. diese Vorgänge vom 10. Tage ab; im Wesentlichen fand sich auch hier der für das Hühnchen geschilderte Modus. Doch war ein Hohlraum im Innern der Sprossen nicht nachweisbar; die Anlage der Urniere ist hier eine dysmetamere (p. 940). — Jüngste menschliche Eier: Das von Reichert beschriebene menschliche Ei, das jüngste der bis jetzt zur Beobachtung gekommenen, war vielleicht nicht vollkommen normal. (Das von C. Hennig beschriebene [Arch. für Gynäk. Bd. V], etwas weiter entwickelte Ei wäre hier noch einzufügen gewesen. Ref.) — Aus § 27, der von Placenta und Nabelstrang handelt, heben wir die Schilderung der Eihüllen und der Placenten bei Zwillingsschwangerschaften hervor, sowie die Darstellung der Eihäute der Säugethiere.

II. Hauptabschnitt (Entwicklung der Organe und Systeme). Auch aus dieser Abtheilung des Werkes können hier nur einige kurze Hinweise auf neue und für den Gynäkologen interessante Punkte gegeben werden. — Die Entwicklungsgeschichte der Milchdrüsen und Milchdrüsenpapillen ist durch Huss und Gegenbaur bereichert worden, die der Thymus durch K. selbst; K. glaubt gefunden zu haben, dass die Thymus »ein epitheliales Organ ist und aus einer Schlundspalte hervorgeht.« — Bekanntlich hat Waldeyer von dem übrigen Peritonealepithel das Keimepithel als etwas besonderes scharf getrennt. K. kann dieser Aufstellung nicht das Wort reden; ähnliche Modificationen des Bauchfellepithels kommen während der Entwicklungsperiode auch Stellen zu, die keine Beziehungen zu den Geschlechtsorganen darbieten. Die Annahme einer primären Differenz der männlichen und weiblichen Geschlechtsanlage (dünneres oder dickeres Keimepithel) findet K. unbegründet. Uebereinstimmend mit Waldeyer leitet K. die Eizelle von dem Keimepithel der Eierstöcke ab; dagegen hätte das Follikelepithel, welches nach Waldeyer dieselbe Herkunft besitzt, eine andere Keimstätte als das Ei. Die Zellen der Membrana granulosa stammen nämlich aus den sogenannten Marksträngen, die von unten her die Eischläuche umwachsen; die Markstränge selbst sind als Abkömmlinge des Wolffschen Körpers aufzufassen. **Solger** (Halle a/S.).

---

2. **K. Schröder** (Berlin). Ueber chronische Ulcerationen an der vorderen und hinteren Commissur der Vulva.

(Charité-Annalen IV. Jahrgang.)

Nur West und Odmanson erwähnen eigenthümliche, schwer zu heilende Ulcerationsprocesse an der äusseren Harnröhrenmündung. Sie kommen ganz vorzugsweise bei Prostituirten vor. West und auch der Verf. glauben, dass fast stets Lues vorliegt, während Odmanson chronisch entzündliche Processe annimmt. Wichtig ist für das Entstehen die Lage der Vulva, liegt sie vorn unmittelbar unter dem Schambogen, so bohrt sich der Penis bei der Schwierigkeit den

richtigen Weg zu finden in die Harnröhrenmündung ein und reizt hier das Gewebe, die Lues führt in dem gereizten Gewebe dann zu Processen mit Neigung zu Zerfall. Der Vorgang im Detail macht sich folgendermassen: Es kann z. B. in Folge von Schankergeschwüren die Urethralschleimhaut primär ulceriren oder unter entzündlicher Schwellung hypertrophiren und prolabiren (Fall 6). Häufiger ist eine um die Harnröhre herum, sie selbst von der Nachbarschaft trennende Ulceration (Fall 7 und 8). Schliesslich kann die getrennte Schleimhaut in die Scheide hineinhängen oder zu Grunde gehen (Fall 9), so dass ein breiter geschwüriger Spalt direct in die Blase führt (Fall 1 und 2). Durch partielle Heilungen und Narbenbildung wird das Bild complicirter. Hinten sitzt die Ulceration vor dem Hymen, dringt mehr in die Tiefe vor und bildet schliesslich fistulöse Verbindung mit dem ebenfalls in Folge der Lues indurirten und geschwürigen Rectum. Syphilitische Indurationen bis zu elephantiasischen Formen des Anus und der äusseren Genitalien finden sich ebenfalls. Die entstehende Fistel ist, da sie vorn vor dem Hymen sitzt, eine Rectovestibularfistel. Die Symptome sind bei den Ulcerationen vorn sehr gering, auch besteht Tendenz zur Verheilung, die aber der Coitus verhindert. Auch nach Heilung reisst der Coitus die Narbe wieder auf. Ist der Harnröhrenwulst aber von dem Schambogen wirklich abgetrennt und dadurch auf die hintere Commissur heraufgefallen, so muss eine vom Verf. näher beschriebene Urethroplastik gemacht werden.

Bei den Rectovestibularfisteln kann eine Pat. sehr herunterkommen, der Koth hindert die spontane Verheilung, auch starke Aetzungen haben keinen Erfolg. Selbst Ausschneiden der Fistel und Vereinigung durch Perinäoplastik hat wegen der weitgehenden Infiltration der umliegenden Gewebe grosse Schwierigkeiten. Doch wurde in Fall 13 die Fistel geheilt. Die Prognose ist bei den Ulcerationen der hinteren Commissur ganz schlecht zu stellen.

Fritsch (Halle a/S.).

---

3. **H. Klotz** (Wien). Gynäkologische Studien über pathologische Veränderungen der Portio vaginalis uteri mit 8 Tafeln.

Wien, **L. W. Seidel & Sohn.**

Pathologische Anatomie, Pathologie und Therapie halten oft ungleichen Schritt ein, dies ist besonders in der modernen Gynäkologie der Fall. Trotz der hohen Vollendung der gynäkologischen Chirurgie, für die Hegar's und Kaltenbach's Werk ein Beweis ist, blieb die pathologische Anatomie vielfach zurück. Dies ist namentlich der Fall bei den verschiedenen Hypertrophien der Portio. (Ref. möchte hierfür die Erklärung vor allem in dem dem Einzelnen nur mangelhaft zufliessenden Material suchen.) Dem Verf. standen zu seinen höchst beachtenswerthen Untersuchungen die Mittel der Wiener Institute zu Gebote, und wir dürfen deshalb seinen Resultaten, da sie

auf vielen Untersuchungen von reichem Material beruhen, mit besonderem Vertrauen entgegensehen. Wir werden uns im Referat auf Anführung des positiv Gewonnenen beschränken, und bezüglich des Historischen sowie der Gründe, die Verf. für seine Ansichten bringt, auf das Original verweisen. Der Bau der Vaginalportion zeigt auffallend grosse Varietäten, lassen sich auch 2 Typen als Typen des Extremen aufstellen, so kommen doch viele Uebergänge und Combinationen vor. Der eine Typus ist die drüsenlose, cavernöse Vaginalportion mit hochstehender Epithelgrenze, der andere wird durch die drüsenreiche mit geordneter Gefässanlage und Tiefstand der Epithelgrenze repräsentirt. Die Drüsen an der Aussenseite der Vaginalportion also sind nicht pathologisch, sondern kommen mit individuell schwankender Häufigkeit vor. Je nach der verschiedenen Beschaffenheit der Portio werden auch die pathologischen Folgezustände verschieden sein. Namentlich ist möglich, dass z. B. die Entstehung mancher Formen des Carcinoms an diese Drüsen gebunden ist. Die Henle'sche Gefässanordnung findet sich bei Uebergangsformen, während in anderen Fällen die grösste Unregelmässigkeit vorkommt. Ein Blick auf die beigegebenen Tafeln erläutert diese Verhältnisse, sowohl was die Anordnung der Gefässe als die Drüsenformen anbelangt. Die cystöse Degeneration, der diese Drüsen oft verfallen, ist auf zufällige Verstopfung, Wucherung des Oberflächenepithels und Verengerung als Folge z. B. von Knickung und Zerrung der Ausführungsgänge zu beziehen. Auch trotz weitem Ausführungsgange kann in Folge von Secretveränderung eine schwere Eliminirbarkeit der Secrete Drüsenectasie bedingen. Letztere kann sowohl Abschnitte der Drüse als auch die ganze Drüse betreffen. Abgesehen von der Vergrösserung der Portio durch Drüsen giebt es echte muskulös-bindegewebige und bindegewebige Hyperplasien. Zur ersteren gehört Virchow's folliculäre Hypertrophie, bei der es sich um cystöse Degeneration präexistirender Follikel, nicht um Neubildungen handelt. Verf. nimmt also hier als primär eine echte Hyperplasie an, denn es findet sich keine Zellinfiltration und sämmtliche Gewebstheile sind vermehrt vorhanden. Die Drüsendegeneration ist nicht Grund sondern Folge der Hyperplasie. Eine andere Form ist die cavernöse Hyperplasie, welche wiederum eine echte Hyperplasie ist, auf der Basis des oben beschriebenen anderen extremen Typus der carvernösen, drüsenlosen Vaginalportion. Es ist also hier nicht eine Vergrösserung, wobei bald der drüsige, bald der muskulöse Theil pathologisch wird, sondern eine Hyperplasie einer primär cavernös oder drüsig angelegten Portio. Auch eine bindegewebige Hyperplasie nimmt Verf. an und bildet ein Exemplar ab. Bei den bisher beschriebenen Formen handelte es sich nicht um Infiltration, doch auch dieser der Entzündung nahestehender Process, dessen Resultat Verf. Homöoplasie der Portio nennt, kommt vor. Auch die hier entstehenden Formen sind zurückzubeziehen auf die 2 Typen der Portio: Auf die drüsige: die glanduläre Homöoplasie, und auf die cavernöse: die cavernöse Homöoplasie, die sich

mit der von Klebs beschriebenen Elephantiasis cervicalis deckt. Erstere. die drüsige, wird zu Erkrankungen, namentlich Fluor albus disponirt sein, während die letztere gerade in dieser Beziehung fast immun ist, aber andererseits bei Localisation zu Polypenbildung führen kann. — Ackermann's Drüsenpolyp beruht auf anderen anatomischen Vorgängen als Virchow's folliculäre Hypertrophie. Zu beiden gehört selbstverständlich der Typus der glandulären Portio und die Zunahme des muskulösen Lippenstratums, aber bei Ackermann's Polypen ist die Folge Wachsthumsenergie der Drüsen, die zu papillenähnlichen Neoplasmen führt, bei Virchow cystöse Degeneration und Tod der Drüsen. — Hierauf schildert Verf. die Verschiedenheit der Ansicht der Autoren über die »glandulären Papillargeschwülste der Portio«. Diese mit dem Blumenkohl verwandten Formen lassen sich doch mikroskopisch von ihm unterscheiden, da bei dem letzteren die epitheliale Hyperplasie, welche Berg und Thal der Papillen ausgleicht, in den Vordergrund tritt. Bei der Papillargeschwulst dagegen betrifft das Wachsthum das Gewebe, während das Epithel nur nach Bedarf folgt. Diese Geschwulst führt schliesslich zum Papilloma cysticum, wenngleich diese Entwicklung durch therapeutische Eingriffe wohl meist unterbrochen wird. Die Entstehung der secundären Cyste wird nach Rindfleisch erklärt.

Als Hauptergebniss der fleissigen und resultatreichen Untersuchungen des Verf. möchten wir das hinstellen, dass nun endlich eine glaubwürdige Erklärung für die an der Aussenseite der Portio vorkommenden Ovula Nabothi resp. die ihnen verwandten cylinderepithelialen Bildungen gegeben ist. So lange man annahm, dass physiologisch die Portio vaginalis keine Drüsen besitze, waren alle alten und neuen Erklärungen Hypothesen. — 8 lithographische Tafeln schliessen sich dem Text an und geben eine reiche Anzahl schöner Abbildungen.

Fritsch (Halle a/S.).

---

4. **M. Duncan** (London). Klinische Vorlesung über Leberkrankheiten in Gynäkologie und Geburtshülfe (7. Vorlesung eines Curses im St. Bartholomews Hospital).

(Med. Tim. and gaz. vol. I. 1879. No. 1490. p. 57.)

Die Ansicht, dass Fettleber die Ursache der Amenorrhoe sein könne, theilt Verf. nicht, dagegen glaubt er, dass Hyperämie und Congestion der Leber in Folge der Suppressio mensium und der Menopause eintreten könne. Noch kürzlich hat er einen Fall beobachtet, in welchem Verstopfung der Porta bei Lebercirrhose neben Congestion aller Beckenorgane auch Menorrhagie herbeigeführt hatte. Der Druck des schwangeren Uterus verursacht nicht, wie oft behauptet, Leber- und Nierenkrankheiten, ebenso wenig als Ovarial- und andere Tumoren des Unterleibes; aber vorhandene Leberkrankheiten können in der Gravidität von grosser Bedeutung werden, so ist ein-

mal eine Faltung der Leber und consecutiver Ikterus bei Schnüratrophie beobachtet worden. Ferner ist Gallenblasenruptur inter- und hämorrhagische Lebererweichung post partum gesehen worden.

D. unterscheidet 2 Formen von Ikterus Schwangerer: die eine, gewöhnlichere, ist Folge krankhafter Innervation, er hört auf, wenn der Fötus stirbt, nach Abort und Entbindung, ist nur von den Störungen durch unzureichende Ernährung begleitet und kann hierdurch in selteneren Fällen auch gefährlich werden; und eine zweite, seltene, welche plötzlich während der Gravidität oder nach der Entbindung auftretend, rasch tödtlich endet und nach den neueren Untersuchungen aufzufassen ist als Ikterus gravis oder acute gelbe Leberatrophie.

Diese schwere und seltene Krankheit (Verf. rechnet 1 Fall auf 10,000) ist wohl zu unterscheiden von der mehr zufälligen Erkrankung einer Gravida oder Puerpera an Ikterus katarrhalis, wobei die Frucht entweder ungefärbt oder bei längerem Bestehen auch ikterisch geboren wird, aber auch Abort entstehen kann. Der Ikterus gravis pflegt von Convulsionen begleitet zu sein, kann aber auch ohne sie auftreten, ferner treten ein: Hyperemesis, Hämorrhagien aus Magen, Darm und Genitalien. Die gelbe Hautfärbung ist schwächer als bei der katarrhalischen Form, sie ist Ausdruck einer schweren Allgemeinerkrankung, deren best gekannte Localisation nur in der Leber liegt, nie in Fettdegeneration der Leberzellen besteht; für diese finden sich die ersten Stufen schon physiologisch bei der Gravida und dem Säugling in einer leichten parenchymatösen Veränderung aller Unterleibsdrüsen, besonders der Leber, welche jedoch sonst symptomlos bleibt und völlig sich zurückbildet. Während ein deutscher Autor die Krankheit als Blutvergiftung der Mutter durch die Aufnahme septischer Stoffe aus dem abgestorbenen Fötus ansieht, will Verf. das Absterben des letzteren als secundäre Folge der mütterlichen Allgemeinerkrankung betrachtet wissen. Auch die Auffassung der Krankheit als Urämie ist ungerechtfertigt, wenn auch Nierendegeneration die der Leber begleiten und dann der Harnstoffgehalt des Urins wesentlich herabgesetzt sein könne.

Während bei Herzkrankheiten von dem ungenügend decarbonisirten Blute ein directer Reiz auf den schwangeren Uterus ausgeübt und hierdurch die vorzeitige Ausstossung der Frucht veranlasst wird, bei Urämie die Neigung hierzu in geringerem Grade gleichfalls vorhanden ist und der Fötus durch die Bluterkrankung der Mutter zum Absterben gebracht, aber dann frisch abgestorben geboren wird, besteht im Gegentheil bei unserer Krankheit geradezu eine Tendenz des Uterus, den stets längst abgestorbenen und stark zersetzten Fötus festzuhalten. Von einer Behandlung kann kaum die Rede sein, das einzig Rationelle ist die Entleerung des Uterus, welche in einzelnen Fällen Heilung herbeigeführt zu haben scheint und manche Fälle von durch frühzeitig spontan oder artificiell erfolgtem Abort, geheiltem unstillbaren Erbrechen will Verf. auf ein frühes Stadium der Krank-

heit zurückführen, in welchem nach Analogie mit dem physiologisch schon vorhandenen geringfügigen Grade der Degeneration eine Restitutio in integrum noch möglich war.

So hat auch die Frau, deren Krankengeschichte nun mitgetheilt wird, bei einer früheren ersten Gravidität nach dem 2. Monat unter denselben Symptomen abortirt, an welchen sie bei der zweiten wieder erkrankt ist, und damit wäre dann damals Spontanheilung eingetreten.

Die jetzige Erkrankung hat etwa im 2. Monat der Schwangerschaft vor 5 Wochen begonnen, es besteht Singultus, Erbrechen, mässiger Ikterus, Cholurie und Albuminurie, Fieber mit Delirium und Jactation, Dyspnoë; später Verkleinerung der Leberdämpfung, Nachlass des Ikterus und der Albuminurie, Urin enthält Leucinkrystalle und Harnstoff (10 g in 24 Stunden), dabei Zunahme der Allgemeinerscheinungen und Auftreten von Purpuraflecken an der Innenfläche der Schenkel. Abort, anfangs verweigert, wird schliesslich nach 3 Wochen erfolglos eingeleitet, Tod. Section ergiebt in utero einen 6 Wochen alten Fötus, während nach den gemachten Angaben etwa der 3. Monat der Schwangerschaft war; die anatomischen Daten sind im Uebrigen lückenhaft, so dass ein objectives Urtheil über die Richtigkeit der gestellten Diagnose unmöglich ist. Schliesslich wird zur Differentialdiagnose von der Urämie auf die längere Krankheitsdauer verwiesen, welche im referirten Falle ca. 8 Wochen betrug, während die Urämie ganz acut zu verlaufen und die Geburt zu begleiten pflegt; ferner auf das bei Urämischen vorhandene, hier fehlende Coma, dann die hier anhaltende Hyperemesis, wogegen bei Urämie zwar heftiges, aber nicht anhaltendes Erbrechen vorkommt, endlich noch auf die Verschiedenheit der Hautfärbung, welche bei Urämischen cyanotisch zu sein pflegt. **Lühe** (Stralsund).

---

5. **M. Duncan** (London). Klinische Vorlesung über verschiedene Formen der Perimetritis (8. Vorlesung eines Curses von Vorlesungen, gehalten im St. Bartholomews-Hospital).

(Med. tim. and gaz. vol. I. 1879. No. 1492. p. 112.)

6. Derselbe. Klinische Vorlesung über verschiedene Formen der Parametritis (9. Vorlesung desselben Curses).

(Med. tim. and gaz. vol. I. 1879. No. 1494. p. 167.)

In den vorliegenden beiden Vorlesungen bringt D. weniger eine erschöpfende systematische Darstellung der beiden Krankheiten, als vielmehr, wie auch der Titel besagt, eine mit Krankengeschichten belegte Besprechung einzelner Formen derselben. Unter den von ihm unterschiedenen 3 Formen der Perimetritis: der adhäsiven, serösen und purulenten ist die adhäsive die häufigste Frauenkrankheit überhaupt nach dem Cervixkatarrh; er widmet ihr nur wenige Worte, um dann zu seinem Hauptthema, der serösen überzugehen. Diese ist von der purulenten nicht zu unterscheiden (gerade deshalb

würde es sich empfehlen, sie mit der letzteren unter dem Namen der exsudativen zusammenzufassen, was auch der anatomischen Sachlage weit besser entsprechen würde, Ref.), ausser nach Besichtigung des gesetzten Exsudats. Das letztere sammelt sich im Douglas'schen Raume und drängt das hintere Scheidengewölbe nach vorn und unten wie eine Hämatocele. Der untersuchende Finger muss dann zwischen Geschwulst und Symphyse hindurch gepresst werden, um den nach oben und vorn dislocirten Uterus zu erreichen. Will man ein solches Exsudat ablassen, so kann man unter dem Schutz des nach einer etwa vorhandenen Arterienpulsation tastenden Fingers punctiren, man kann in solchem Fall sicher sein, den Douglas'schen Raum zu erreichen, was unter normalen Verhältnissen nicht möglich wäre. So wurde auch in einem Falle verfahren, hier entleerte die Punction statt des erwarteten Eiters nur mehrere Unzen kaum getrübten Serums; der Ausfluss dauerte noch einige Tage, nach 10 Tagen war nur noch eine Verhärtung hinter dem fixirten Uterus zu fühlen. Ferner wird ein Fall mitgetheilt (es ist nicht ersichtlich, ob er identisch mit dem schon früher veröffentlichten Fall Duncan's ist, Ref.), bei dem trotz vorheriger Punction ein purulentes Exsudat der Art sich gleichzeitig in Blase und Rectum durchbrach und hiernach Genesung eintrat.

Endlich kommen abgesackte Exsudate als Ueberbleibsel einer abgelaufenen Pelvi-Peritonitis an ganz entfernten Orten vor, so wird als Belag ein Fall aufgeführt, in welchem nach einer puerperalen Pelvi-Peritonitis ein abgesackter Abscess sich unterhalb des Nabels bildete, auch hier Durchbruch in den Darm, Genesung. Ein weiterer Fall solchen Exsudates, im Hypogastrium, wird mitgetheilt, Bettlage, Jodbepinselungen, Resorption des Ergusses und Genesung. Bei der Behandlung wird der Hauptaccent auch bei den schleichend verlaufenden Formen auf die Innehaltung der Bettlage gelegt, ausserdem Jodbepinselungen, Umschläge. Die Parametritis, d. h. Entzündung des Zellgewebes um den Uterus, entwickelt sich nicht in der Gravidität, sondern in puerperio und am nicht schwangeren Uterus; abgesehen von der von ihm als »erisypelatös« bezeichneten septikämischen Form, welche als Infectionskrankheit, Wochenbettfieber, auftritt und die er hier nicht abhandeln will, unterscheidet D. eine phlegmonöse, abscedirende und gangränescirende Form, welche alle von Grund aus verschieden und nicht als einheitlich aufzufassen sind. Die phlegmonöse kann auch chronisch auftreten, sie führt dann zur Bildung fibröser, von Fettgewebe durchsetzter Indurationen, welche wieder atrophiren und durch Compression eines Ureter zur Hydronephrose führen können. Acut auftretend bildet sie eine entzündliche Schwellung rings um den Uterus, welche ein Ovariotomist so stark gesehen hat, dass er nur 3 Finger, statt wie gewöhnlich die ganze Hand nebst Schwamm in den Beckenraum bringen konnte. Da diese Schwellung sich aber ganz zurückbildet, so wird sie post mortem selten vorgefunden; sie verbreitet sich weiter nach der Fossa

iliaca, dem Muscul. Psoas oder längs der breiten Mutterbänder zum Inguinalcanal.

Das eigentliche Sujet seiner Vorlesung ist die abscedirende Form; sie ist entweder eine »degenerirte« oder weiter vorgeschrittene Phlegmone (also doch nicht essentiell von ihr verschieden, wie D. Eingangs behauptete, Ref.) oder endlich sofort eitrig auftretend (also wieder wohl nur eine rasch in Vereiterung übergehende Phlegmone, Ref.). Während sich die phlegmonöse Form nur »vital«, nicht, wie einzelne Pathologen (König, Ref.) durch Einspritzungen in das Beckenzellgewebe haben erweisen wollen, auch mechanisch verbreitet, findet diese rein mechanische Verbreitung bei der Abscedirung in der That statt, und zwar bahnt sich der Eiter seinen Weg nach der Inguinalgegend, nach Hüfte und Schenkel, zuweilen auch in das Hüftgelenk. Es wird nun ein Fall von Inguinalabscess mitgetheilt, welcher durch Fortpflanzung einer puerperalen phlegmonösen Parametritis auf »vitalem« Wege längs des breiten Mutterbandes entstanden sein soll, und am Canalis inguinalis angelangt, erst in Folge von Insulten hier in Eiterung überging, als der eigentliche parametritische Process schon längst abgelaufen war, wie die Untersuchung erwies. 3 fernere Fälle bieten nichts besonderes, es sind Psoasabscesse mit Spontandurchbruch oder Incision unter antiseptischen Cautelen[1]). Die Behandlung besteht in Innehalten der Bettlage, Umschlägen, guter Kost, von Incision räth Verf. ab und empfiehlt, den Spontandurchbruch abzuwarten.

Lühe (Stralsund).

---

7. **Dohrn** (Marburg). Ueber die das Geschlecht bestimmenden Ursachen. Vortrag im ärztlichen Verein zu Marburg.

(Berliner klin. Wochenschrift 1878. No. 43.)

Ueber die Zeit, in welche man den Anstoss zur Geschlechtsdifferenzirung zurückverlegen müsse, bestehen vorzugsweise 3 Ansichten.

1) Das Ei ist von Anfang geschlechtslos und bekommt erst im Laufe der Entwickelung sein Geschlecht. Mit der Vervollkommnung unserer Hülfsmittel zur Untersuchung ist der Zeitpunkt der Differenzirung immer weiter zurückgelegt, und dadurch diese Ansicht erschüttert worden; ebenso durch das Verlassen der Claudius'schen Ansicht über die Acardiaci.

2) Das Geschlecht ist präformirt; es giebt weibliche und männliche Eier; dafür sprechen namentlich die verschieden geschlechtlichen Zwillinge; doch ist dieser Grund nicht zwingend, man könnte auch annehmen, dass das Sperma die beiden Keime in verschiedener Weise trifft und dadurch die Differenz bedingt.

3) Das Geschlecht wird im Moment der Befruchtung bestimmt.

---

[1]) Es wird zur Diagnose darauf aufmerksam gemacht, dass die Pat. die Lage auf der kranken Seite einhalten, ferner auf die Anziehung des Schenkels, endlich auf das höchst leidende Aussehen der Pat.

Der Mann hat dabei die Tendenz, eine männliche, das Weib die, eine weibliche Frucht zu produciren. Der Mangel an wirklichen menschlichen Hermaphroditen spricht dafür; ferner ist dieser wechselseitige Einfluss der Eltern auf die Befruchtung durch die bekannten Untersuchungen von Hofacker, Sadler und Göblert gestützt.

Dohrn neigt sich mit Mairhofer dieser letzten Ansicht zu. Ueber die nähere Weise, wie man sich dabei die Geschlechtsproduction zu denken habe, lassen sich nur Vermuthungen aufstellen (z. B. Menge des Sperma). **Schellenberg** (Leipzig).

---

8. **Martel.** Die Accommodation in der Geburtshülfe.

Paris, J. B. Baillière, 1878.

In dieser theoretischen umfangreichen Arbeit sucht Verf. dem zuerst von Pajot formulirten Hauptgesetz über die Accommodation des Fötus während der Schwangerschaft und der Geburt in der Geburtshülfe eine grössere Ausdehnung zu geben.

Die Accommodation allein regulirt die Lageverhältnisse des graviden Uterus zu der Bauchhöhle. Das Emporsteigen des Uterus aus der Beckenhöhle im 3. Monat der Schwangerschaft und die spätere Neigung des Fundus nach rechts sind einzig und allein durch die gegenseitige Einwirkung des eingeschlossenen und des einschliessenden Körpers verursacht. Er verwirft alle bisher angegebenen Hypothesen über die seitliche Abweichung des Fundus, wie die grössere Länge des Ligam. rotund. sinist., das Liegen der Schwangeren auf der rechten Seite, die Anwesenheit des gefüllten S. romanum, oder die schräge Richtung der Insertionslinie des Mesenteriums an der Wirbelsäule und glaubt auf folgende Weise diese Accommodation erklären zu können. Weil die Achse des Cavum abdominis von oben links und vorn nach unten rechts und hinten gerichtet ist, wird auch der Druck, welchen das Zwerchfell constant während der Inspiration auf die Intestina und die beweglichen Körper des Cavum ausübt, dieselbe Richtung haben und den Uterus nach rechts drängen. Die Rotation des linken Randes des Uterus nach vorn ist bei dieser Bewegung nur secundär, und durch die prominirende Lendenwirbelsäule verursacht. Die Intestina accommodiren sich am besten nach hinten, wo sie durch das Mesenterium fixirt werden.

Während der letzten Monate der Schwangerschaft kommt constant, bei fehlenden Missverhältnissen zwischen Fötus und Becken, der kleinere Endpol des fötalen Ovoïds zum Vorliegen. Schlaffheit der Uteruswände begünstigt Abweichungen von diesem Gesetz. Die Bauchdecken sollen, gegenüber Pinard, von geringerem Einfluss sein. Verf. verwirft die Schwerkraft als Ursache der Schädellage. Der Kopf lagert sich, entsprechend den kleineren Dimensionen des unteren Uterinsegments, nach unten, und zwar, entsprechend der Abplattung des Uterus von vorn nach hinten mit der Sagittalnaht in

den queren Durchmesser des letzteren. Daher die Mehrzahl der 1. und 3. Schädellagen. Das Ueberwiegen der 1. gegenüber der 3. wird dadurch erklärt, dass das Occiput dem breiteren vorderen Abschnitte des mit Weichtheilen versehenen Beckens sich besser accommodiren kann.

Bei Steisslagen oder Querlagen wird der Vorgang der Accommodation zu einem pathologischen.

Verf. verwirft alle angegebenen Ursachen über die Entstehung der Gesichtslage am Ende der Schwangerschaft, und giebt folgenden Mechanismus an. Der Kopf steht noch hoch über dem Beckeneingang: ein Druck wird durch eine rasche Bewegung der Mutter oder eine äussere Gewalt plötzlich auf den Rücken des Fötus ausgeübt. Die consequente Extension der Wirbelsäule ist an der Dorsalsäule gering, an der Lendensäule, der Anwesenheit der Unter-Extremitäten wegen, ganz unmöglich: allein die Cervicalsäule wird nachgeben und der Schädel hyperextendirt. In einem Worte: Die Ursachen der Gesichtslage sind eine äussere Gewalt, eine Bewegung der Mutter, eine plötzliche Contraction der Abdominalmuskeln, welche nicht im Stande sind den ganzen Fötus zu bewegen, sondern nur die Lagebeziehungen des Schädels zum Beckeneingang leicht zu verändern, wenn die Accommodation durch irgend einen Factor erschwert wird.

Die Mechanik der Geburt bei Kopflage, Beckenendlage und Querlage, wenn die spontane Entwicklung zu Stande kommt, beruht nur auf der Accommodation des Foetus an den Beckencanal. Bei diesen verschiedenen Bewegungen bleiben immer die grössten Durchmesser des Schädels oder des Rumpfes den grössten Durchmessern des Beckens parallel.

Nägele'sche Obliquität und Tiefstand der grossen Fontanelle bei querstehender Pfeilnaht sind mit Nothwendigkeit nur bei platten Becken von 6—$7^1/_2$ cm Conj. vera vorhanden. Bei weniger verengten Becken sind oft der Querstand der Pfeilnaht und eine grössere Beugung des Kopfes die einzigen Abweichungen vom normalen Mechanismus der Geburt.

Stellt sich bei verengten Becken der Kopf schwer ein, so sollte er, da der vorangehende sich leichter accommodirt als der nachfolgende, immer mit der Zange entwickelt und nicht die Wendung gemacht werden. **E. Hüter** (Strassburg i/E.).

---

9. **F. Marchand** (Halle). Beiträge zur Kenntniss der Ovarientumoren.

(Habilitationsschrift 62 S. 2 Tafeln. Halle.)

Unter Zugrundelegung von 6 mit grosser Sorgfalt untersuchten Fällen, giebt Verf. eine, den Pathologen wie den Gynäkologen in hohem Grade interessirende Charakteristik einiger der selteneren Geschwulstformen der weiblichen Keimdrüse.

In den 3 ersten, aus der Klinik Olshausen's stammenden Fällen, handelt es sich um sogenannte »papilläre Kystome«. Es sind kurz folgende:

I. Die 44jährige Frau starb an Erschöpfung, nachdem 5 Wochen zuvor die Ovariotomie vergeblich versucht worden war.

Bei der Section zeigte sich der von beiden Ovarien ausgegangene Tumor mit den Bauchdecken und sämmtlichen Organen der Bauchhöhle und des Beckens auf das Innigste verwachsen. In der Haupt- und den Nebencysten fanden sich beträchtliche, blumenkohlartige Geschwulstmassen, welche theilweise von Flimmer-, im übrigen von mannigfach variirten Cylinderepithel bedeckt waren. In den Cystenwandungen und den Papillen wurden zahlreiche, drüsenförmige Kalkkörper gefunden.

II. 31jährige Frau, vergebliche Probeincision.

Section: Sehr grosser doppelseitiger Tumor, fest und ausgedehnt, mit Uterus, Blase, Darm etc. verwachsen. Die Haupt- und Nebencysten enthalten zahlreiche papilläre Wucherungen, die von gleich beschaffenen Epithelien, wie in Fall I (Flimmerepithel etc.) bedeckt sind. Kalkkörper sind ebenfalls in grosser Anzahl vorhanden; ausserdem Metastasen am Diaphragma.

III. 50jährige Frau; der exstirpirte Tumor hatte zum Theil interligamentär gesessen; derselbe war vom linken Ovarium ausgegangen und wog 10 kg. Ausser den papillären Wucherungen in den Cysten fand sich eine umfangreiche, blumenkohlartige Masse, welche scheinbar frei in die Bauchhöhle gewuchert war — wahrscheinlich war jedoch die ursprünglich umhüllende Cystenwand zum Schwund gebracht. — In den Papillen sind kleine Cysten vorhanden, die jedenfalls der Verwachsung benachbarter Papillarspitzen ihre Entstehung verdanken. Kalkkörper in geringerer Anzahl. Epithel wie in Fall I und II. Flimmerepithel etc.

Bereits Olshausen (Handbuch der Ovarienkrankheiten p. 50 und folg.) glaubte die »papillären Kystome« wegen einiger charakteristischer Eigenschaften in klinischer wie in pathologischer Beziehung, von den gewöhnlichen »glandulären Kystomen« abzweigen zu müssen. Als solche Eigenschaften führt er an: vorwiegende Doppelseitigkeit und interligamentäre Entwickelung, langsames Wachsthum und, worauf er das Hauptgewicht legt, stellenweise oder totale Bekleidung der papillären Wucherungen mit Flimmerepithel. Letztere Eigenschaft bewog ihn auch diese Geschwülste als aus Theilen des Parovarium entstanden anzusehen. Gegen diese Annahme macht M. geltend, dass die papillären Kystome fast stets multipel angelegt sind, was bei den Parovarialcysten fast nie der Fall ist. M. lässt sie deshalb aus Graaf'schen Follikeln entstehen, in welchem Falle er die Transformation von Cylinder- in Flimmerepithel — was nach einer jüngst von de Sinety und Malassez gemachten Beobachtung durchaus wahrscheinlich ist — für möglich erklärt, oder aus den Flimmerepithelschläuchen, die zwischen der Tubenöffnung und dem äusseren Ende des Ovariums und in letzterem selbst häufig gefunden werden.

Zu den von Olshausen angeführten Eigenschaften fügt M. noch als weitere hinzu.

»Die für die glandulären Kystome so charakteristische Cystenwucherung in den Wänden fällt bei papillären ganz weg.« — »Die Cystenflüssigkeit zeichnet sich durch Mangel oder sehr geringen Gehalt an Paralbumin aus.« Fast stets werden in den Papillen und den festeren Theilen der Wandung massenhafte Kalkkörperchen ge-

funden. Sie besitzen die Fähigkeit Metastasen zu bilden, entweder in Form von freien Papillarwucherungen auf dem Peritoneum, oder von papillären Cysten, oder carcinomartigen Knoten. Diesen Metastasen scheine indess nicht die destruirende Wirkung der eigentlichen Carcinome zuzukommen, vielmehr scheine der weiteren Ausdehnung durch frühzeitige Verkalkung häufig eine Grenze gesetzt zu werden.

II. Die Papillargeschwulst der Oberfläche der Ovarien.

Fall IV. Die 69jährige Frau starb unter Collapserscheinungen, nachdem ihr 2 Tage zuvor von Volkmann ein faustgrosser Tumor, der mit dem Netz zusammenhing, aus der Nabelgegend exstirpirt worden war. Bei der Section fanden sich die beiden nicht vergrösserten Ovarien grösstentheils mit freien, papillären Wucherungen bedeckt, das Peritoneum vor und hinter dem Uterus mit Zotten besetzt, secundäre Carcinomknoten auf dem Bauchfell und dem grossen Netz und musste auch der exstirpirte Tumor als solcher betrachtet werden. Die Papillen waren von lose anhaftendem Cylinderepithel bekleidet; in manchen Papillen fanden sich Alveolen mit eben solchen gewucherten Zellen erfüllt. Im Bindegewebe der Papillen zahlreiche Kalkkörperchen.

III. Eierstocksgeschwülste endothelialer Herkunft.

Fall V. 40jährige Frau, doppelseitige erfolgreiche Ovariotomie (Olshausen). Beide Tumoren, von denen der eine über faust-, der andere über kopfgross ist, haben einen exquisit blätterigen Bau und enthalten zahlreiche Cysten, die aber in der Weise mit weichen markigen Geschwulstmassen erfüllt sind, dass eigentlich nur schmale Spalten übrig bleiben. Die Innenfläche der Cysten und die in ihnen vorhandenen Wucherungen sind von einer dünnen Zellenlage mit regelmässig angeordneten Kernen, aber ohne deutliche Zellgrenzen, bedeckt; M. hält dieselbe deshalb für eine Endothelschicht und bezeichnet als den wahrscheinlichen Ausgangspunkt der Neubildung die Lymphgefässendothelien. Der mikroskopische Befund ähnelt sehr dem bei Carcinom oder Adenom, doch haften die Zellen viel fester an ihrer Unterlage und lassen sich nur schwer und unvollkommen auspinseln. Stellenweise wurde das Stroma myxomatös, die Zellen hyalin degenerirt gefunden.

Fall VI. Tubulöse Endothelialgeschwulst.

Das 730 g schwere, eine feste, compacte Masse darstellende Ovarium war einer 60jährigen Frau mit Obliteration der Scheide und fehlendem Uterus aus einer Hernie entfernt worden; sein Wachsthum ein äusserst langsames gewesen. Mikroskopisch erwies sich die ganze Geschwulst gleichmässig aus runden, dichtgedrängten Zellenschläuchen mit einer Art bindegewebigen, zum Theil hyalin degenerirten Tunica propria zusammengesetzt. Deutliche Zellgrenzen sind nicht nachweisbar, die Kerne haben in den schmäleren d. h. jüngeren Zellschläuchen, in denen häufig ein Lumen in Gestalt einer schmalen Spalte vorhanden ist, die Längsrichtung beibehalten, in den dickeren stellen sie sich mehr quer. Die Zellen bewahren überall ihre ursprüngliche Gestalt und kennzeichnen sich sowohl durch ihre Abstammung, als durch ihr sonstiges Verhalten als Endothelien. Die eigenthümliche Form erinnert lebhaft an die der Niere oder des Hodens. Den Namen »Angiosarkom« hält Verf. nicht für den geeigneten und will diese Geschwülste überhaupt von den Sarkomen ganz getrennt wissen.

Die genaueren Details sowie die Zeichnungen müssen im Original selbst nachgesehen werden. **Schwarz** (Halle a/S.).

---

10. **H. von Liebig** (Dinkelsbühl). Die Ernährungsgesetze Liebig's und das neue Nährmittel Maltoleguminose.

Kempten, **T. Dannheimer,** 1878.

An der Hand der Anschauungen Liebig's über die Ernährungsgesetze betont Verf., dass für jeden Stand, jedes Alter, besonders aber

für den Säugling in der Nahrung eine richtige Mischung der Eiweissstoffe und der stickstofffreien Kohlenhydrate hergestellt werden müsse. Eine Tabelle zeigt, wie sehr theilweise die gebräuchlichen Surrogate der Muttermilch mit den Ernährungsgesetzen im Widerspruch stehen. Bei allen ist der Zuckergehalt zu hoch, der Eiweissgehalt zu gering. Verf. glaubt in der von ihm dargestellten Maltoleguminose, die 21 % Eiweissstoffe enthält, den richtigen Zusatz zu den gebräuchlichen Mitteln gefunden zu haben. Gleiche Theile condensirter Milch und Maltoleguminose mit 8—9 Theilen Wasser geben eine für den Neugebornen richtige Mischung; oder man nimmt Wasser und frische Kuhmilch āā $^1/_4$ Liter und setzt dazu 20 g Maltoleguminose und 6 g Zucker.

Ebenso empfiehlt sich der Zusatz zum Nestle'schen Kindermehl (1 : 2), bei grösseren Kindern zur Fleischbrühe, bei Erwachsenen zur Chocolade.

500 g Maltoleguminose kosten 0,80 ℳ bei A. Weizenegger in Kempten.

Fehling (Stuttgart).

---

11. **Albrecht** (Bern). Zur Ernährung der Neugeborenen.

(Centralzeitung für Kinderheilkunde II. Jahrg. No. 7.)

Verf. wendet sich zunächst gegen die »Kindermehle« als Nahrungsmittel und Ersatzmittel der Muttermilch in der frühesten Kindheit und gegen die Anpreisung und Empfehlung derselben selbst durch Aerzte. Dabei werden zahlreiche Citate aus der betreffenden Literatur angeführt.

Weiter bespricht dann Verf. seine Versuche auf dem Gebiete der Ernährung von Säuglingen, die er mit verschiedenen Mitteln angestellt und stets durch systematische Wägungen controlirt hat, und fasst seine Erfahrungen in folgenden Sätzen zusammen.

1) Das beste und ausschliessliche Nahrungsmittel der Neugeborenen ist Muttermilch.

2) Wenn Muttermilch nicht zu haben: Ammenmilch.

3) Vom 6. Lebensmonate kann eine Beigabe nützlich, ja nöthig sein, die Entscheidung fällt der Waage zu.

4) Wo Frauenmilch nicht zu haben: Thiermilch (meist Kuhmilch).

5) Die Kuhmilch ist dem Alter und den Bedürfnissen des Säuglings entsprechend mit Zusätzen zu versehen und stets gekocht zu verabreichen.

6) Die Zusätze bestehen in Verdünnung mit gekochtem Wasser oder einem schleimigen Vehikel, in etwas Rohrzucker und eventuell ein Alkali. Die Mischung mit Gerstenschleim ist allen andern vorzuziehen.

7) Wo keine gute Thiermilch zu haben: condensirte Milch. Stets ist dieselbe mit dünnem Gerstenschleim zu versetzen.

8) Vor Ablauf des 3. Lebensmonates wandeln die Speicheldrüsen

des Kindes nur ungenügend Stärke in Dextrin und Traubenzucker um und soll deshalb vor dieser Zeit kein Kindermehl oder andere hoch stärkemehlhaltige Nahrung gegeben werden.

9) Nach dieser Zeit ist theoretisch und praktisch gegen ihre Verwendung nichts mehr einzuwenden, doch sollte sie nicht ausschliesslich gereicht werden.

10) Jegliche Art der Ernährung Neugeborener ist durch die Waage zu controliren. **Schellenberg** (Leipzig).

---

12. **Gussenbauer** (Prag). Akademische Antrittsrede.

(Prager med. Wochenschrift 1878. No. 43.)

Wir heben aus dieser Antrittsrede, deren erster Theil wesentlich sich mit den Verdiensten Heine's, als Vorgängers des Verf., sich befasst, nur den letzten Theil hervor, in der er die Ziele zeichnet, deren Erreichung durch aufmerksames Studium, besonders durch Führung einer genauen Statistik in grossen Krankenhäusern möglich sei. Einmal sei es eine dankbare Aufgabe, nach dem Gesetz der Vererbung constitutioneller Erkrankungen zu forschen; dann sei es der Mühe werth den Zusammenhang zwischen den im Kindesalter abgelaufenen Infectionskrankheiten und später folgenden chronischen Krankheiten der Gelenke, Knochen etc. zu untersuchen. **Fehling** (Stuttgart).

---

13. **Kinkead** (Dublin). Ueber die Nothwendigkeit des Studiums der Geburtshülfe. Einleitende Bemerkungen zu Verf.'s Vorlesungen.

(Brit. med. Journ. 1878. Dec. 14—21.)

Mit beredten Worten thut Verf. dar, wie werthvoll Vertrautheit mit Geburtshülfe und Gynäkologie für jeden Arzt sei. Drei Viertel der dem gewöhnlichen Praktiker vorkommenden Fälle seien geburtshülflicher Natur, die Hälfte aller weiblichen Pat. sei gebärmutterleidend.

Dass die Aerzte sich so lange von Geburtshülfe ferne hielten leitet er daher, dass die Frauen unserer Urväter so leicht wie die niederen Thiere gebaren, dass erst allmälig sich Krankheiten in die weibliche Sexualsphäre einschlichen, u. s. w.

Eine Wendung ist oft schwerer als die Reposition einer Luxation; hoher Forceps, Kephalothrypsie und Embryotomie schwieriger als eine Amputation. Von den gynäkologischen Operationen gehören manche zu den schwierigsten aller Operationen, es ist also die grösste technische wie medicinische Ausbildung für den sich damit abgebenden Arzt erforderlich u. s. w. **Herdegen** (Stuttgart).

---

14. Johnston (Dublin). Klinischer Bericht über Zangengebrauch in 7 Jahren.

(Brit. med. Journ. 1878. Dec. 28.)

In einem Vortrag in der Obstetrical Society Dublin bekennt sich J. als Vorkämpfer für häufigern Gebrauch der Zange, um den langen Druck, dem die Weichtheile vom Kopfe ausgesetzt sind, abzukürzen. Das Os uteri brauche nicht völlig erweitert zu sein; in geschickten Händen schade die Zange nicht.

Verf. hat in 513 Fällen in Chloroformnarkose ohne Schaden für die Mutter die Geburt beendet, er nimmt die Zange ab, sobald der Kopf auf den Damm drückt. **Fehling** (Stuttgart).

Casuistik.

15. Epstein u. **Soyka** (Prag). Zur Casuistik der Darmimpermeabilität.

(Prager med. Wochenschrift 1878. No. 47.)

Verf. betonen die Seltenheit der Darmstenose bei Säuglingen sei es durch Invagination, Geschwülste oder Axendrehung hervorgerufen. In den wenigen Fällen letzterer Art, die beschrieben sind, handelte es sich meist um fötale Entzündungen als veranlassendes Moment, nur in einem von Bednar mitgetheilten Fall war die Axendrehung erst nach der Geburt eingetreten. Ebenso verhielt es sich in dem vom Verf. mitgetheilten Fall. Es handelt sich um ein knappreifes Mädchen, das in der Gebärklinik von der Frau im Hereinkommen stehend geboren wurde. Der Stuhlgang von Anfang an unregelmässig, war vom 4. Tage ab dünn. Von 5. Tage an dauerte Erbrechen bald nach der Nahrungsaufnahme bis zum Tod fort, der am 10. Tage in Folge der rasch fortgeschrittenen Atrophie erfolgte. Das Erbrochene war schwarzbraun, enthielt gallige Bestandtheile, aber kein Blut. Es lag darnach nah eine Undurchgängigkeit des Darms anzunehmen, eine genaue Diagnose zu stellen war nicht möglich.

Bei der Section fand sich der Magen stark durch Luft aufgebläht, der Dünndarm collabirt, enthält nur wenig gallenlosen Schleim; im Dickdarm fand sich kein Meconium mehr. Das Coecum und Colon ascendens waren völlig dislocirt, sie waren so um das Mensenterium des Dünndarms geschlagen, dass ihr Verlauf von rechts oben schräg nach links unten ging.

Das Mesenterium des Dünndarms ist an seiner Wurzel 1/2 Mal spiralig um die Axe gedreht. Das Duodenum tritt unter dem Colon ascendens durch und ist an dem Uebergang der pars perpendicularis in die pars horizontalis duodeni durch die besagte Axendrehung völliger Verschluss eingetreten.

Der Umstand, dass der Dünndarm gut entwickelt, ebenso die Sugillationen an der Drehungsstelle sprechen für extrauterine Entstehung, die vielleicht in etwas zu gewaltsamem Zugreifen bei der Geburt im Stehen zu suchen ist.

Fehling (Stuttgart).

16. J. Rigby (Preston). Eine Geburt mit Verschluss einer doppelten Scheide. (The Lancet 1878. November 16. p. 692.)

Eine I para wurde nahe dem richtigen Ende von Schmerzen und häufigem Drang beim Uriniren ergriffen. Die Vaginalöffnung war so eng, dass kaum 1 Finger eingeführt werden konnte. Dabei entstand Blutung. Bei der Geburt wurde mittelst Kautschuckblasen dilatirt; das Kind stellte sich in Gesichtslage, musste wegen Verengung im Beckenausgang perforirt werden. Eine Scheidewand erstreckte sich vom Eingang der Scheide bis zum Muttermund. **Underhill** (Edinburg).

17. Edis (London). Fälle zur Diagnose der Schwangerschaft.
(Brit. med. Journ. 1879. Januar 4.)

Verf. bringt 6 Fälle zur Diagnose der bestehenden oder nicht bestehenden Schwangerschaft. Sie bieten so wenig neues als die Betonung des Verf., dass man sich in der Diagnose wesentlich an die objectiven Zeichen halten solle.

Fehling (Stuttgart).

18. Schmitt (Bischofsheim a. d. Rh.). Pemphigus neonatorum.
(Memorabilien Bd. XXIII. Hft 11.)

Verf. sah unter 18 hinter einander geborenen Kindern bei 8 Pemphigus auftreten; der erste Fall soll, obwohl als einfacher Pemphigus vom Verf. angesehen, bei einem Neugeborenen aufgetreten sein, dessen Eltern vorher an Syphilis gelitten. Die Uebertragung geschah wahrscheinlich durch die Hebamme.

Fehling (Stuttgart).

19. Wucher (Klinik Späth). Thrombus vaginae.
(Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 52.)

Im Zeitraum von 2 Jahren unter ca. 6000 Geburten kam 4 Mal Thrombus vaginae bei zwei Erst- und zwei Mehrgebärenden zur Beobachtung. Die Beckenfascien und das Diaphragma pelvis seien der Ausbreitung der Blutmasse nicht hinderlich, wie dies schon die experimentellen Injectionsversuche König's und Schlesinger's zeigen. Bezüglich der Aetiologie entspricht die Anschauung, dass varicöse Venen das Entstehen des Thrombus begünstigen, nicht dem wirklichen Sachverhalt, in allen 4 angeführten Fällen waren keine Varicositäten nachweisbar. Verf. ist geneigt den schnellen Durchtritt des Kindskopfes und die dadurch veranlasste rasche Gefässzerrung für die Ursache der Thrombusbildung anzusehen. In allen 4 Fällen erfolgte die Thrombusbildung nach rasch verlaufenen Geburten; 3 Mal waren die gebildeten Geschwülste mannsfaustgross, 1 Mal war die Geschwulst grösser, es erfolgte in allen Fällen Genesung ohne umständliche Behandlung. **Bandl** (Wien).

20. J. M. Bennett (Liverpool). Behandlung chronischer Cervicalmetritis durch interstitielle Injection und Dilatation.
(The Lancet 1878. November 2. p. 619.)

Vorstehendes Leiden ist ein vielfach beschriebenes, nach allen Autoren schwer zu heilendes Uebel; die gewöhnlichen Methoden empfehlen irgend ein Aetzmittel. Verf. ist von folgender Methode sehr befriedigt: Er injicirt in den Cervix an 4—5 Stellen, nach vorhergegangener Blutentziehung, eine Glycerinlösung, der Jodtinctur, Jod- und Bromkalium beigemischt sind. Dieselbe Injection muss 1 Mal, selten 2 Mal wiederholt werden. Dazu kommt dann Dilatation mit Pressschwämmen, nachdem die unmittelbaren Wirkungen der Injection vorüber sind.

Innerlich wird Bromkalium gegeben. **Underhill** (Edinburg).

21. T. W. Hime (Sheffield). Laparo-elytrotomie.
(The Lancet 1878. November 9. p. 656.)

Verf. beansprucht für den folgenden Fall die Priorität als erste in Europa ausgeführte Operation. Pat., eine 10gebärende, 37jährige Frau, Gewohnheitstrinkerin, befand sich, als Verf. sie sah, 20 Minuten in der Geburt. Aus der Scheide kam ein übelriechender Ausfluss. Die Untersuchung ergab ein Carcinom, das den grössten Theil der hintern Wand der Scheide einnahm, mit einer Perforation ins Rectum, für den Durchtritt des am Leben befindlichen Kindes blieb nur eine kleine Oeffnung über.

Es wurde nun mit Leichtigkeit die Laparoelytrotomie auf der linken Seite ausgeführt, und das Kind lebend zur Welt befördert. Blutung war sehr gering. Nach dem Erwachen aus der Narkose wurde Pat. sehr unruhig, sprang im Bett auf, wurde cyanotisch und starb. Die Todesursache wird nicht angeführt. Verf. meint diese von Thomas und Skene ausgeführte Operation solle den Kaiserschnitt verdrängen, vielleicht auch die Craniotomie, da die Operation viel leichter sei als letztere und bessere Erfolge aufweise (!!). **Underhill** (Edinburg).

22. **D. Fraser** (Paisley). Wanderniere.

(Glasg. med. Journ. 1878. November.).

Bei einer Section wurde die rechte Niere so beweglich gefunden, dass sie bis zur Wirbelsäule verschoben werden konnte. Während des Lebens war nichts davon bekannt. In 2 andern Fällen fand man während des Lebens bewegliche Geschwülste, die als Wandernieren angesehen wurden. Da Pat. sich erholten, konnte die Diagnose nicht bestätigt werden. In einem Fall war die Geschwulst links, bot die Grösse, Form und Weichheit der Niere dar und die gewöhnliche Nierendämpfung fehlt an normaler Stelle. **Underhill** (Edinburg).

23. **Rossow.** Hämatoma vulvae, Tod durch Verblutung.

(Allgemeine med. Centralzeitung 1878 No. 96.)

Eine 32jährige Frau, die 6 normale Geburten hinter sich hat, lässt Verf. wegen langdauernder Geburt rufen. Schon bei seiner Ankunft findet Verf. die linke Schamlippe bläulich geschwollen bei im Becken stehenden Kopf. Die Anschwellung nahm rasch zu, wurde prall und fluctuirend, so dass zur Anlegung der Zange geschritten werden musste. Inzwischen platzte der fast kindskopfgross gewordene Tumor, füllte sich während der etwas schwierigen Operation trotz manueller Compression mehrmals wieder, so dass sehr rasch vor vollendeter Entbindung der Tod unter den Erscheinungen der höchsten Anämie eintrat.

Fehling (Stuttgart).

24. **Winiwarter** (Wien). Verwerthung der Massage bei chronischen Erkrankungen innerer Organe.

(Wiener med. Blätter 1878. No. 29, 30, 31.)

Wenn auch der therapeutische Werth der Massage bei den chronischen Affectionen des Bewegungsapparates in den letzten Jahren allgemeinere Anerkennung gefunden hatte, so wurden doch andrerseits die Erfolge, welche Masseure von Fach bei chronischen Verdauungs- und Circulationsstörungen erzielt haben wollten, von den wissenschaftlichen Capacitäten bisher mit grossem Misstrauen aufgenommen. Nach der Ansicht W.'s sind beide Theile etwas zu weit gegangen. Er ist überzeugt, dass die Massage ein ausserordentlich mächtiges Mittel ist, um auf die Circulation des Blutes sowohl, wie auch der Lymphe einzuwirken und die Resorption selbst dort anzuregen, wohin wir auf gar keine andere Weise einen isolirten Einfluss ausüben können.

Zur Begründung seiner Ansicht theilt er zwei interessante Krankengeschichten mit.

1. Ein 58jähriger, wohlbeleibter Mann ist durch angebliche, heftige Ischias (täglich oft 60 Anfälle von 2—3 Minuten Dauer) seit Jahren an das Bett gefesselt. Verf. entdeckt in der linken Nierengegend eine diffuse, höckerige Geschwulst, welche er in Uebereinstimmung mit Billroth für ein Exsudat im perirenalen Bindegewebe erklärt. Nach 14 tägiger Massirung des linken Beines und der linken Seite (über Nacht wurde feuchte Wärme angewandt) macht Pat. bereits Spaziergänge; nach 64 tägiger Behandlung reist er geheilt nach Hause; die Geschwulst war fast ganz verschwunden und die ganze Gegend unempfindlich.

2. Bei einer 79 jährigen Frau hat sich innerhalb 8 Monaten eine sehr umfangreiche Ovariencyste entwickelt, welche die Respiration und Verdauung ausserordentlich beeinträchtigt, Gehen und Stehen unmöglich macht. Umfang 144 cm, die Ovariotomie wird verweigert. Innerhalb 8 Monate wurden 5 Punctionen nöthig (klare Flüssigkeit von sehr geringem specifischen Gewicht); dieselben konnten jedoch nicht den Eintritt äusserster Abmagerung und Schwäche, sowie hochgradigen Oedems der ganzen unteren Körperhälfte verhindern. Wegen des letzteren begann Verf. die unteren Extremitäten zu massiren und zwar mit ausserordentlichem Erfolge. Die vorher sehr schwache Diurese stieg sofort um das Vierfache, das Oedem und die dadurch bedingten Schmerzen verschwanden in 14 Tagen. Verf. dehnte nun die Massirungen auf das Abdomen und die Cyste selbst aus und erreichte damit, dass der Umfang um 19 cm abnahm, dass innerhalb $9^1/_2$ Monat keine Punction

nöthig wurde, die Pat. aber ihre frühere geistige und körperliche Frische wieder bekam.

Verf. ist der Ueberzeugung, dass dies Verfahren in manchen Fällen, wo die Ovariotomie nicht möglich, die Punctionen aber mit Gefahren verbunden sind, lebensverlängernd, in manchen sogar wirklich lebensrettend wirken könne.

Schwarz (Halle a/S.).

25. **E. Anders** (Petersburg). Totale Nierenruptur bei einem 15jährigen Menschen. (Petersburger med. Wochenschrift 1878. No. 50.)

Nach einem Fall aus dem 2. Stockwerke auf die Füsse und Hüfte traten mässiger Blutgehalt des Urins, heftige Schmerzen in der linken Nierengegend und Collaps ein (Puls 60 per Min., schwach). Am anderen Tage Urin frei von Blut, Exitus letalis. Objectiv war Nichts nachweisbar gewesen. Bei der Section fand sich die in 2 Theile zerrissene linke Niere in einen kindskopfgrossen Blutklumpen eingehüllt, vom Urether, der Vena und Arteria renalis völlig abgetrennt.

Verf. ist der Ansicht, dass der Tod blos in Folge der innern Blutung eingetreten sei. [Berücksichtigt man indess die geringe Pulsfrequenz (60 per Min.), den relativ späten Eintritt des Todes und die nicht so übermässige Menge des ergossenen Blutes, so ist die Möglichkeit, dass es sich hier um einen Fall von Shock im Gutsch'schen Sinne (vergl. Centralblatt für Gynäkologie 1879. No. 2) handle, nicht von der Hand zu weisen. Ref.] Ebenso können wir dem Verf. nicht beistimmen, wenn er diesen Fall als für jede eingreifende Therapie absolut ungeeignet bezeichnet, da nach unsrer Ansicht durch die Laparotomie kurz nach der Verletzung die Möglichkeit der Rettung vorhanden gewesen wäre.

Schwarz (Halle a/S.).

26. **Hugenberger** (Moskau). Ein schräg-ovales, rachitisch-hydrorrachitisches Becken. Mit 3 Abbildungen und 2 Holzschnitten.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 1. p. 1—32.)

Bisher sind zwei Becken von erwachsenen weiblichen Individuen mit Spina bifida (hydrorrachis sacralis dehiscens) beschrieben worden (von Virchow und Wegener). In dem vorliegenden Falle handelt es sich nicht um eigentliche Wirbelspalte, sondern um sogenannten Hydrorrhachis incolumis mit Durchbruch des hydropischen Sackes durch die vordere Kreuzbeinwand.

Die Trägerin dieses Beckens, eine 25jährige skoliotische Primipara, wurde von einer frühreifen, 46 cm langen und 1900 g schweren Frucht durch die Perforation und Kephalothrypsie entbunden. Die Conj. vera war auf 6,7, die Entfernung des Tuberculum ileo-pectineum dextrum vom Promontor. auf 2 cm taxirt worden. Die Wöchnerin starb am 12. Tage an allgemeiner Peritonitis. Das Becken erwies sich wie bereits diagnosticirt als ein hochgradig schräg-ovales, jedoch ohne rechtsseitige Synostose des Ileosacralgelenkes; die Knochenbrücke zwischen 2. und 3. linken Foram. sacral. ant. fehlte und stülpte sich durch die dadurch gegebene Oeffnung eine sackförmige Geschwulst hervor, aus der durch die Punction 150 g strohgelber Flüssigkeit entleert wurden.

Das Becken ist sehr gracil gebaut, leicht (400 g), in seiner ganzen rechten Hälfte atrophisch; der Eingang hat die Form einer 8, mit kleinerem rechten Bogen. Der Canalis sacralis ist beträchtlich erweitert.

Bezüglich der Aetiologie ist Verf. der Ansicht, dass während des fötalen Lebens entstandene Rachitis eine mangelhafte Entwickelung des Knochengewebes, die scoliotischen Verkrümmungen der Wirbelsäule und die hochgradige Beckendifformität zur Folge gehabt habe, dass dagegen der Hydrops des Meningealsackes erst secundär entstanden, die Difformität des Kreuzbeins vergrössert und die Entwickelung der Zwischenwand zwischen den betreffenden Kreuzbeinhöckern verhindert habe.

Die Details der äusserst genauen Beschreibung des Beckens, die vielen Zahlen und die Abbildungen müssen im Original nachgesehen werden.

Schwarz (Halle a/S.).

27. **Ambro** (Pressburg). Schrägverengtes Becken. Künstliche Einleitung der Frühgeburt. (Pester med. chirurg. Presse 1878. No. 50 und 51.)

Es handelt sich um eine 26jährige I para, eine geistig wenig entwickelte Person, deren linker Arm und untere Extremität seit dem 1. Lebensjahr paretisch waren, die untere zugleich kürzer. Das Hüftbein der linken Seite steht höher und steiler als das der rechten. Die Beckenmaasse 21, 24, 29, 19, der 1. schräge Durchmesser 20, der zweite 20,5. Auch die weiteren im Text angegebenen Beckenmaasse ergaben eine Atrophie der linken Beckenhälfte, die Linea innominata ist links gestreckter, die Distantia sacro-cotyloidea sin. ist kürzer als rechts.

Die Einleitung der Frühgeburt nach Krause ergab nach 41 stündiger Dauer, während der schon Fieber eintrat, ein asphyktisches Mädchen, das nicht belebt wurde.

Der Schädel des in 2. Schädellage geborenen Kindes ergab bedeutende Verschiebungen, keine Fracturen. Wochenbett normal.

Daran schliesst Verf. einen Abriss der Geschichte der Frühgeburt von der ersten 1804 in Deutschland ausgeführten, mit besonderer Berücksichtigung der einschlägigen Arbeiten von Spiegelberg, Dohrn, Litzmann. **Fehling** (Stuttgart).

28. **Sänger** (Leipzig). Zur Frage von der Nabelschnurstrangulation unter der Geburt. (Archiv für Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 1 p. 90.)

Verf. theilt einen Fall mit, in welchem die 1 malige Umschlingung der 66 cm langen Nabelschnur nicht in Folge von Unwegsamkeit der Schnurgefässe, sondern durch wirkliche Strangulation der Halsgefässe des Kindes den Tod intra partum herbeigeführt haben soll. Für das Absterben des Fötus während der Schwangerschaft wurde dieser Mechanismus bereits früher angenommen, für den Tod intra partum bisher nur von den Gerichtsärzten für möglich gehalten. Die mit congenitaler Lues behaftete, nicht ausgetragene Kindsleiche bot schon äusserlich genau das Bild eines Erdrosselten dar: sugillirte Strangmarke, blauschwarzes, gedunsenes Gesicht mit hervorgepressten Augäpfeln, hervorgestreckter Zunge etc.

Noch beweisender für den Strangulationstod war indess der innere Befund: Haut, Unterhautbindegewebe und Muskulatur des Kopfes und Halses stark venöshyperämisch, mit zahlreichen Ecchymosen, die Kopfschwarte vom Pericranium durch blutige Sulze fast ganz getrennt, dabei Anämie und Oedem des Gehirns und seiner Häute; die glottis durch Oedem ganz verschlossen; die Lungen ganz atelectatisch blauroth, zahlreiche subpleurale und subpericardiale Ecchymosen.

Schwarz (Halle a/S.).

29. **Conrad** (Bern). Beschreibung einiger Abortiveier. (Correspondenzbl. für schweizer. Aerzte 1878. No. 22.)

Zwei Eier aus dem 3. Monat enthielten das eine 50, das andere 30 g Fruchtwasser, das Erstere einen Fötus von 5 g, das Letztere weder einen Fötus noch Reste eines solchen. In solchen Fällen kann das Fruchtwasser nicht das Product des Fötus sein, sondern stammt wohl aus den mütterlichen Gefässen der Eihüllen, wahrscheinlich aus der Reflexa.

Zwei Eier aus der 3.—4. Woche, die beide aus dem Cervix entfernt worden waren. Das eine Ei, frei von Decidua, bietet ein mit feinen Zotten besetztes Chorion dar, ist 14 mm lang, 9,2 mm breit und 3 mm hoch, enthält wenig klares Fruchtwasser und keinen Fötus. Das zweite Ei ist vollständig von Decidua vera und Reflexa bedeckt, haselnussgross, enthält klares Fruchtwasser und einen Fötus, der vom Scheitelpunkt der hinteren Kopfkrümmung bis zum Ansatz der Nabelschnur, welche aus dem Schwanzende direct hervortritt, 3 mm misst. Kopf und Stamm machen an demselben ein Ganzes aus, Auge und obere Extremitäten sind angedeutet, Kiemenbogen undeutlich, in der Mitte des Rumpfes eine halbkugelige Vorwölbung — wahrscheinlich Brust- und theilweise Baucheingeweide enthaltend.

Oeri (Basel).

30. **Conrad** (Bern). Zur Therapie des Pruritus vulvae et vaginae. (Correspondenzbl. für schweizer. Aerzte 1878. No. 20.)

Die Krankheit ist nach Verf. viel häufiger als oft angenommen wird. In einer Anzahl von Fällen, bei welchen Verf. die Secrete von Vulva und Vagina und die

auf diesen Theilen oft vorkommenden weisslichen, punkt- bis stecknadelkopfgrossen Beläge mikroskopirte, fand er Leptothrix, Oidium albicans, Vibrionen und Bacterien. Bei diesem Befunde wirkte Carbolsäure immer günstig. Andere Mittel nutzten wenig, besonders die Einspritzungen von Cuprum sulfurium (Hausmann), die oft heftiges Brennen erregen und Pilzbildung während ihrer Anwendung zulassen. Ist nicht Mycosis die Ursache, so ist die Anwendung von Kälte in Form von kaltem Wasser oder Eiscompressen indicirt und sehr wirksam. Immer ist die Untersuchung der Secrete vorauszuschicken. — **Oeri** (Basel).

31. **Conrad** (Bern). Zur Therapie der Hyperemesis gravidarum.

(Correspondenzbl. für schweizer. Aerzte 1878. No. 23.)

Verf. behandelte 25 Fälle von Hyperemesis (Brechreiz sowohl als Erbrechen) mittelst des von Simpson empfohlenen Cerium oxydulat. oxalicum. Von 15 Frauen, die während der ganzen Schwangerschaft beobachtet wurden, waren 6 Erst- und 9 Mehrgeschwängerte; 9 standen zur Zeit des Erbrechens im 2., 4 im 3., 2 im 7., 1 im 1. und 1 im 10. Monat. In allen Fällen fehlten Magenkrankheiten und, leichte Anomalien abgerechnet, auch Krankheiten der Genitalien. — C. gab 3—4 Mal täglich 20—30 cg und beobachtete hierbei nur die Intoxicationserscheinungen, die Simpson zur Fixirung der Maximaldosis auf 12 cg bestimmten. Die Wirkung auf Uebelkeit und Erbrechen war meist überraschend; gewöhnlich folgte Heilung auf die ersten Gaben; Recidive blieben nach Wiederholung des Mittels aus. Zuweilen kam wohl Besserung, aber erst in 8—10 Tagen Heilung. Das Mittel ist angenehm zu nehmen und wirkt oft günstig auf Unregelmässigkeit des Stuhles. **Oeri** (Basel).

32. Mittheilungen aus dem Charing-Cross Hospital.

(Med. times and gaz. vol. I. 1495. p. 204.)

1. Recidivirender Scirrhus der Brust — Entfernung und consecutiver Abscess an der Operations-Seite — Septikämie — Tod, auf der Abtheilung des Mr. Hird.

2. Cysten-Geschwulst der Brust — Entfernung. Auf der Abtheilung des Mr. Bellamy.

3. Scirrhus der Brust — Entfernung. Auf der Abtheilung des Mr. Bloxam.

Im ersten Fall wurde zuerst im Juli 1877 ein nicht bösartiger Tumor aus der rechten Brust entfernt, dann traten Schmerzen in der Narbe auf und es entwickelte sich ein neuer Tumor nahe der Axilla, innerhalb 6 Wochen die Grösse einer halben Krone erreichend; bei der Exstirpation am 22. August 1878 keine Drüseninfiltration gefunden, Geschwulst ein Scirrhus, am 14. September entlassen. Am 4. December wieder aufgenommen, da sich über und unter der rechten Clavicula ein Abscess bildet, der 11. December gespalten wird, Wohlbefinden, bis am 20. Fieber eintritt, am 26. Schüttelfrost und am 1. Februar Tod unter den Erscheinungen der Septikämie. Section ergiebt grosse sinuöse Abscesshöhle in pector. maj. bis nach axilla mit zersetztem Eiter gefüllt. Die 47 Jahr alte Frau stammte aus gesunder Familie, dagegen war der Mann und dessen Mutter mit Carcinom behaftet gewesen.

Von den beiden anderen Fällen, die glücklich verliefen, der letzte war antiseptisch behandelt, ist nur zu erwähnen, dass die Mutter der ersten, an Sarkom leidenden Frau, an Ovarial-Tumor gestorben war. **Lühe** (Stralsund).

Druckfehler-Berichtigungen: In No. 3, p. 59, Zeile 13 v. o. muss es heissen E. Welponer, Bericht für **1875** statt 1874. — In No. 6, p. 137, Zeile 13 v. u., lies: Würden statt Wurden.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S. (Alte Promenade), an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart (Alleenplatz 3), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling und **Dr. Heinrich Fritsch**

in Stuttgart. in Halle a/S.

Dritter Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 15 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nº 8. **Sonnabend, den 12. April.** **1879.**

I. Spontane Ausstossung eines Fibromyxoms der Harnblase per urethram während der Gravidität.

Von

Dr. **Hans Brennecke** in Magdeburg-Sudenburg.

Pat., 34 Jahre alt, befand sich Anfangs Mai 1876 im 6. Monat ihrer vierten Schwangerschaft. Früher stets gesund, litt Pat. seit circa 3 Wochen an den Erscheinungen eines intensiven Blasenkatarrhs und zeitweisen plötzlichen Stockungen in der Harnentleerung. Ich wurde in Abwesenheit ihres behandelnden Arztes, meines Collegen Rissmann, — dem ich für gütige Erlaubniss, den Fall zu veröffentlichen, hiermit besten Dank abstatte — zu ihr gerufen, da sie seit etwa 20 Stunden an heftigen wehenartigen Schmerzen litt. Der nächstliegende Verdacht, dass es sich um partus prämaturus handele,

musste nach sorgfältiger Untersuchung von der Hand gewiesen werden. Der Uterus blieb während der täuschend wehenähnlichen, etwa aller 5 Minuten auftretenden Schmerzparoxysmen weich; die Portio vag. war ein langer Zapfen; der Cervicalcanal fest geschlossen. An der Harnblase entdeckte ich bei der Exploratio per vaginam nichts auffälliges; zum Katheterismus sah ich mich augenblicklich nicht veranlasst, da von einer Harnverhaltung nicht die Rede war, und ich befürchten musste die quälenden Schmerzparoxysmen durch den Katheter nur noch mehr wachzurufen. Ich musste annehmen, dass es sich um krampfhafte Contractionen der katarrhalisch entzündeten Harnblase handele. Dabei frappirte die regelmässige Wiederkehr der täuschend wehenartigen Paroxysmen. Der mir zur Untersuchung übergebene Urin sah trübe-blutig aus und roch (obwohl frisch) stark ammoniakalisch; in dem reichlichen Sediment fanden sich ausser rothen Blut- und Eiterkörperchen, Blasenepithelzellen, Sargdeckelkrystalle etc. etc. — Meine Verordnungen (Opium innerlich in grossen Dosen und warme Kamillen-Umschläge auf Leib und Genitalien) blieben ohne allen Einfluss auf den Blasenkrampf. Nach weiteren 15 Stunden voll quälendster Schmerzparoxysmen wurde durch die Urethra ein Tumor reichlich von der Grösse der Niere eines neugeborenen Kindes ausgestossen. Von dem Moment an hörten alle Erscheinungen des Blasenkatarrhs auf. Die Schwangerschaft verlief ohne Störung und endete zur normalen Zeit mit der leichten Geburt eines lebenden Knaben. Die Frau ist bis auf den heutigen Tag gesund geblieben. —

Der Tumor ist von exquisit nierenförmiger Gestalt, fleischig-weicher Consistenz, und — auf der Oberfläche sowohl wie auf dem Durchschnitt — von gleichmässig dunkelrother Färbung, wie von diffundirtem Blutfarbstoff durchtränkt. Auf den ersten Blick konnte man glauben, man habe ein altes Blutcoagulum vor sich. Die mikroskopische Untersuchung zeigte indess, dass der Tumor durchweg aus einem lockeren, wellig fibrillösen Bindegewebe mit zahlreichen eingesprengten spindelförmigen und rundlichen Zellen bestand, welches an einigen Stellen einen mehr myxomatösen Charakter annahm; statt der spindelförmigen treten hier sternförmige Zellen auf in einer weniger fibrillären, mehr homogenen Grundsubstanz. Das beschriebene Gewebe wird von zahlreichen und ziemlich starken Gefässen durchsetzt, die bis herab zu den Capillaren im Zustande der natürlichen Injection sich im mikroskopischen Bilde vorzüglich scharf präsentiren. Das die Oberfläche des Tumors in einer schmalen Schicht bedeckende Epithel hatte durch die schon in der Harnblase eingeleitete Maceration und durch die längere Zeit seiner Aufbewahrung in dünnem Spiritus bis zur Unkenntlichkeit gelitten. Ich kann nicht mehr sagen, als dass es ein mehrschichtiges Pflasterepithel zu sein schien. Am »Hilus« der nierenförmigen Geschwulst sind einige starke Gefässe bemerklich, die »vasa afferentia und efferentia« des vermuthlich mit einem nur dünnen Stiele der Blasenwand adhärent gewesenen Polypen.

Die Diagnose lautet demnach auf ein gestieltes Fibromyxom,

ausgegangen von der Mucosa oder Submucosa der Harnblase. Ich glaube nicht fehl zu greifen, wenn ich annehme, dass der dünngestielte Tumor durch Torsion zur spontanen Abstossung gelangte. Die pralle natürliche Injection seiner Gefässe und die gleichmässige Imbibition seines Gewebes mit Blutfarbstoff könnten wohl dafür sprechen. Zum Fremdkörper in der Blase geworden rief er die Erscheinungen des Blasenkatarrhs hervor und wurde endlich als Fremdkörper unter wehenartigen Contractionen der Blasenmuskulatur durch die Urethra ausgestossen, ganz analog wie der Uterus sich der Frucht entledigt. —

Die Coincidenz mit der Schwangerschaft macht den Fall noch in anderer Beziehung interessant. Die Toleranz des graviden Uterus gegen so stürmische Reizungen der Harnblase und Urethra, wie sie mit der Austreibung des Tumors verknüpft waren, darf um so auffälliger erscheinen, als man nicht selten auf Reize des Urogenitalsystems viel geringerer Art reflectorisch die Wehenthätigkeit erwachen sieht. —

Im 10. Bande des Archiv für Gynäkologie, p. 356 sequ., hat Schatz erst kürzlich die Literatur der nicht carcinomatösen Geschwülste der Harnblasenwand zusammengestellt. Den dort aufgeführten 25 Fällen reiht sich der eben mitgetheilte an, ihnen in vieler Beziehung gleichend. Von Bestrebungen der weiblichen Harnblase, den Tumor durch die Urethra auszustossen, wird in mehreren der von Schatz zusammengestellten Fälle berichtet. Als Unicum steht die eben mitgetheilte Beobachtung da, insofern diese Bestrebungen von Erfolg gekrönt waren und zur dauernden Spontanheilung geführt haben. —

II. Beitrag zur Lehre von der Wirkung von Arzneimitteln auf den Fötus.

Von Dr. **F. Benicke** in Berlin.

Bei der Wichtigkeit der Frage über die Wirkung von Arzneimitteln, die der Mutter eingegeben werden, auf den Fötus, scheint mir folgender kleine Beitrag nicht ohne Interesse zu sein.

Am 30. November vorigen Jahres wurde ich zu einer Kreissenden gerufen, welche bei ihrer ersten Entbindung vor 3 Jahren einen completen Dammriss davongetragen hatte. Eine später ausgeführte Operation war ohne wesentlichen Erfolg gewesen. Es bestand seit der Zeit Durchfall. Ein Arzt hatte gegen denselben Pulver verordnet von folgender Zusammensetzung:

Extr. opii	0,03
Extr. strychni	0,015
Bism. subnitr.	0,3

Diese Pulver hatte Patientin regelmässig 2 Mal des Tages gebraucht und sich dabei ziemlich gut befunden.

Im December 1877 hatte sie zum 2. Mal geboren, während der damaligen Schwangerschaft hatte sie regelmässig die Pulver gebraucht. Das Kind war angeblich sehr stark gewesen und in Folge der lange dauernden Geburt kurz vor dem Austritt abgestorben.

Auch während der jetzigen letzten Schwangerschaft hatte die Frau ihre Pulver 2 Mal, ja mitunter 3 Mal täglich genommen. Jetzt befand sie sich am normalen Ende der Schwangerschaft. Sie würde also mindestens, die Dauer der Gravidität zu 280 Tagen gerechnet, 560 Pulver eingenommen haben, oder mindestens

16,8 g Extr. opii.
8,4 g Extr. strychni.
168,0 g Bism. subnitr.

Die Wehenthätigkeit war eine sehr wenig ergiebige, wurde erst fast 24 Stunden nach ihrem Beginn etwas kräftiger, so dass der Kopf tief genug trat, um ihn leicht mit der Zange zu extrahiren. Das Kind war sehr kräftig entwickelt, durchaus nicht asphyktisch, gedieh bei künstlicher Ernährung gut.

Die Mutter machte ein normales Wochenbett durch. Die Secretion der Brüste war auffallend gering.

Leider ist ein Versuch, im kindlichen Blute obige Stoffe nachzuweisen, nicht gemacht worden, da ich erst am Tage nach der Entbindung zufällig von dem Gebrauche der Pulver Kenntniss erhielt.

Es kann nach unserem jetzigen Wissen kaum zweifelhaft sein, dass bei der Aufnahme so grosser Quantitäten von Opium und Strychnin diese Stoffe auch in den kindlichen Organismus gelangt sind, und wenn sie, trotzdem es besonders für Kinder sehr differente Stoffe sind, doch keinen bemerkbaren Einfluss auf den Fötus ausgeübt haben, so ist dies wohl nur dadurch zu erklären, dass von vorn herein der Fötus mit dem Opium- und Strychnin- haltigen Blute ernährt worden ist.

Ich möchte durch diese kurze Mittheilung den Anstoss zur Veröffentlichung ähnlicher Beobachtungen geben.

---

1. **Spiegelberg** (Breslau). Ueber Cervicalrisse, ihre Folgen und ihre operative Beseitigung.

(Breslauer ärztliche Zeitschrift, 1879. No. 1.)

Die Emmet'sche Operation ist keine Luxusoperation, wenngleich Risse nicht immer die Operation nöthig machen und Emmet bei der Werthabschätzung der Operation vielleicht zu weit geht, so ist sie doch oft nöthig. Die Risse entstehen fast alle in der Geburt und zwar bei Extraction und nach zu frühem Wasserabgange. Kleine Risse heilen, fehlt fortschreitende Entzündung von den Rissen aus so überhäuten sich auch grössere ohne bleibenden Nachtheil, sinkt aber der Uterus herab, zerren die Scheidenansätze die Muttermundslippen von einander, so entsteht Klaffen — Dehiscenz — Ectropium, leichter natürlich bei 2 Rissen als bei einseitiger Trennung. Die Symptome

sind manchmal allein Folgen des Ectropiums, oft aber muss man sie auch auf das vorhergegangene pathologische Wochenbett beziehen. Verf. bestätigt hierauf Olshausen's Angabe (cfr. Centralbl. für Gyn. 1877. No. 13) und fügt hinzu, dass das Ectropium auch Sterilität zur Folge haben könne. Dagegen erklärt sich S. entschieden gegen den traumatischen Ursprung der Carcinome, und namentlich dagegen, dass man in jeder Wucherung des Epithels den Beginn des Carcinoms sieht. S. hält an Cohnheim's Ansicht fest. Zum Schluss wird hervorgehoben, dass bei Retroflexion das Schultze-sche Pessar die pathologische Portio nicht nach hinten halten kann. Als Vorbehandlung lässt Verf. 14 Tage vor der Operation die Cervicalschleimhaut mit der Curette abschaben, falls es nöthig erscheint. Die Emmet'sche Constriction, um die Blutung zu verhindern, hält Verf. für unnöthig. Strengste Antisepsis ist selbstverständlich. S. operirt bei Seitenlagerung der Kranken und chloroformirt in der Regel nicht. Die Lippen werden von Assistenten angespannt, die Anfrischung geschieht meist mit der Scheere. Die Naht wird durch 2—3 tiefe und mehrere oberflächliche Drahtsuturen ausgeführt. Die Nachbehandlung ist so negativ als möglich. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

2. **W. Goodell** (Philadelphia). Risse des Cervix Uteri.

(Separat-Abdruck aus den Verhandl. der Pennsylvania State med. soc. 1878.)

Ref. weist auf diese kleine Broschüre hin, nicht weil dieselbe wesentlich Neues über das betreffende Thema bringt, sondern weil dieselbe, nach Ref.'s Ansicht, die lebhafteste, klarste und naturgetreueste Darstellung der Entstehung, Erkennung, Folgen und operativer Behandlung dieser Läsion enthält, welche bisher erschienen ist. Als solche ist die Arbeit Denjenigen zu empfehlen, welche die Diagnose und Operation der alten Cervicalrisse studiren wollen.

P. F. Mundé (New-York).

---

3. **R. P. Harris** (Philadelphia). Analyse von 100 in den Vereinigten Staaten ausgeführten Kaiserschnitten.

(Amer. Journ. med. soc. 1879. Jan.)

Verf., der sich die Würdigung der Sectio Caesarea zur Lebensaufgabe gemacht zu haben scheint, ist kein Anhänger der Laparoelytrotomie als Substitut für den Kaiserschnitt, indem er glaubt, dass erstere Operation nur bei Fällen indicirt ist, in denen der günstige Zeitpunkt für die Sectio — früh, ehe Erschöpfung eingetreten ist — verpasst worden ist. Ferner glaubt er, dass, caeteris paribus, die Resultate des Kaiserschnittes wegen der grösseren Widerstandsfähigkeit der Amerikanerinnen in den Vereinigten Staaten stets günstiger sein werden als in England. Er zieht aus seinen Betrachtungen folgende Schlüsse: 1. Je näher der Einschnitt an die Mitte der Linea alba, desto weniger Blutung. 2. Je frühzeitiger die Operation,

desto günstiger für Mutter und Kind. 3. Chloroform, wegen seiner Neigung Atonie des Uterus und Brechen hervorzurufen, ist ein verwerfliches Anästheticum. Locale Anästhesie der Schnittfläche durch Aether- oder Carbolspray ist sicherer. 4. Der beste Schwefeläther ist sicherer als Chloroform. 5. In den prae-anästhetischen Tagen war der Kaiserschnitt sicherer als jetzt, da es keine secundären Resultate der Narkose gab. 6. Die Operation sei wenig schmerzhaft nach Durchtrennung der Haut, diese fühlt sich an wie Brennen mit glühendem Draht. Das Nähen ist am schmerzhaftesten. 7. Um Uterusblutung zu stillen und dessen Wiederkehr zu vermeiden, nähe man die Uteruswunde mit Silberdraht. 8. Eis ist ein gutes Mittel um Contractionen hervorzurufen, weit sicherer als ferrum persulph. und perchlor. Essig ist ebenfalls ausgezeichnet. Secale ist ein gutes Vorbeugungsmittel gegen Atonie des Uterus. 9. Die Bauchhöhle soll von Blut und amniotischer Flüssigkeit sorgfältig gereinigt werden. 10. Septikämie entsteht leicht durch Zersetzung von Stoffen, welche, wenn auch in geringer Quantität, aus dem Uterus in die Bauchhöhle gelangt sind. 11. Viele Frauen verlieren das Leben durch secundäre Erschlaffung des Uterus und Nachblutung. Daher operire man frühzeitig ohne Narkose. In späten Fällen wende man die silberne Uterusnaht an. 12. Ist die Uterusdrainage schlecht, so lasse man den unteren Theil der Bauchwunde offen und spüle die Bauchhöhle täglich mit verdünntem Liq. sodae chlorinatae 8 g auf 500 g oder Bromo-chlor-alaun-Lösung 1 : 50. 13. Man gebrauche nie Catgut als Naht, die Knoten lösen sich, die Wunde öffnet sich und die Pat. stirbt. 14. Ist die Zimmertemperatur hoch, so kann man die Bauchwunde offen halten bis sich der Uterus fest contrahirt hat, die Blutung gestillt ist und alle Theile gereinigt sind. In einem Falle wurde die Wunde erst nach 1 Stunde geschlossen und Pat. genas. 15. Ist der Fötus faultodt, so reinige man die Uterushöhle sorgfältig mit Schwämmen und lege 5—6 Nähte in die Uteruswunde. Besser dies, als das Risico von Nachblutung oder Austritt der Lochien in die Bauchhöhle. In den Vereinigten Staaten wurden 2 Frauen nach je 7 und 10 Tagen Geburtsthätigkeit auf diese Weise gerettet.

P. F. Mundé (New-York).

---

4. **H. J. Garrigues** (Brooklyn). Ueber Gastro-Elytrotomie.

(New York med. Journ. 1878. Oct. u. Nov.)

Diese ausgezeichnete Monographie enthält alles bisher über die betreffende Operation Geschriebene und bespricht im Detail die Geschichte der Operation, welche zuerst von Joerg (1806), dann von Physick in Philadelphia (1824), endlich von Charles Bell (1837), alle unabhängig von einander, angegeben und zuerst von Ritgen (1820) und bald darauf von Baudelocque Neffe (1823) ausgeführt wurde. Obschon die Methoden aller dieser Operateure in Einzelnheiten verschieden waren, blieb doch die Hauptidee, den Fötus

durch Bauchdecken und Vagina ohne Verletzung des Peritoneums und des Uterus zu extrahiren, dieselbe. Ritgen schreckte vor der heftigen Blutung aus den durchschnittenen Scheidengefässen zurück und vollendete die Entbindung durch den Stein'schen Kaiserschnitt, lethaler Ausgang; die beiden Pat. Baudelocque's starben, eine an Blutung, die andere an Peritonitis. Ritgen gebührt das unstreitige Verdienst zuerst die Gastro-elytrotomie ohne Eröffnung der Peritonealhöhle vorgeschlagen zu haben. — Verf. citirt nun die Ansichten der hervorragenden Geburtshelfer der Neuzeit über die Operation, und gelangt zu dem Jahre 1870, in dem T. Gaillard Thomas dieselbe aus der Vergessenheit hervorholte, und, ohne die früheren Versuche oben genannter Operateure gekannt zu haben, der Operation eine vermuthlich glänzende Zukunft schuf. Es werden nun 2 von Thomas ausgeführte Operationen (2 lebende Kinder, 1 lebende Mutter, die andere Mutter moribund zur Zeit der Operation) und 3 von Skene (2 lebende Mütter, 2 lebende Kinder, 1 Kind perforirt, 1 Mutter collabirt 48 Stunden nach Beginn der Geburt) in extenso wiedergegeben. Die Operation nach Thomas und Skene ist kurz folgende: Hautschnitt von der rechten Spina iliaca superior entlang Poupart's Lig. fast bis zur Spina pubis; Durchtrennung der Muskeln; Abheben des Bauchfells nach oben; Emporheben der Scheide gegen die Wunde mittelst Finger eines Assistenten oder Sonde in der Scheide; kleiner Einschnitt in dieselbe etwa 3—4 cm unterhalb des Cervix, um den Urether zu vermeiden; Weiterreissen dieses Einschnittes mittelst 2 Finger; Emporziehen des eröffneten Muttermundes in die Scheidenwunde und Schieben des Fundus uteri nach der anderen Seite; Einführen der Hand durch die Wunde in den Uterus und Extraction des Kindes mittelst Zange oder Wendung. Entfernung der Placenta durch die Wunde, oder Scheide. Schliessung der Wunde, Drainageröhre in den unteren Winkel; antiseptischer Verband und Irrigation. Grössere Gefässe werden nicht verletzt, die Art. epigastrica wird nicht gesehen. In 2 von Skene's Fällen wurde die Blase verletzt, vermuthlich bei Extraction des Kindes, doch schloss sich die Wunde spontan, resp. nach späterer Naht, und rasche Heilung erfolgte. Die Erweiterung der Scheidenwunde durch Reissen mit den Fingern anstatt Schneiden, ist ein besonderes Moment in der Verhütung der Blutung und dem Gelingen der Operation. Verf. meint, dass, was Skene so glücklich ausführen konnte nach blossem Durchlesen von Thomas' Beschreibung, das könne jeder andere Operateur, der überhaupt operiren kann, auch, denn die Operation sei keineswegs eine schwierige.

Die kleine Statistik dieser Operation ist jedenfalls eine sehr günstige: 5 Operationen, 3 lebende Mütter, 4 lebende Kinder (2 Mütter in agone zur Zeit der Operation, das 5. Kind perforirt). Als Indicationen sind wohl alle Fälle anzunehmen, in denen der Kaiserschnitt oder eine vermuthlich sehr schwere Perforation mit Extraction, oder Embryulcie, auszuführen ist, mit Ausnahme natürlich der Fälle,

in denen der Muttermund nicht erweiterbar oder unzugänglich ist, und in denen die Gastro-elytrotomie schon auf jeder Seite gemacht worden ist.

Der wirklich originelle und neue Abschnitt der Monographie ist der über die Anatomie der bei der Operation in Betracht kommenden Weichtheile. Die topographische Anatomie der Umgebung von Uterus, Blase und Scheide, und besonders das in den Lehrbüchern etwas vernachlässigte Verhalten der Ureteren gegenüber dem Cervix und der Scheide ist von dem Verf. an der Leiche wiederholt studirt worden, und giebt er seine Resultate klar und bündig wieder. Für die Details muss auf das Original verwiesen werden, und soll nur hier kurz angegeben werden, dass nach Verf. die Ureteren im retroperitonealen Bindegewebe verlaufen, an den Spinae ischii etwa 8,5 cm von einander entfernt liegen, hinter den breiten Mutterbändern plötzlich nach vorn gehen, rechts 1,9 cm, links 1,5 cm von dem Uterus am Os int. entfernt und rechts 1,3 cm, links 1,5 cm von dem Uterus am Os ext. entfernt und rechts, 1,3 cm links 1,5 cm von dem Os ext. in die Blase münden; zwischen diesen beiden Mündungen 2,5 cm. Die Oeffnung in die Scheide muss daher wenigstens 2 cm unterhalb des Os ext. uteri gemacht und nach unten zu erweitert werden, was auch nöthig ist um die im oberen Viertheil der Scheide befindlichen Venen und die Art. vaginalis und uterina zu vermeiden. Alle diese Maasse sind an den Theilen in der Leiche gemacht worden; nach der Herausnahme verschieben sich leicht die Weichtheile und sind die Maasse unzuverlässig. Nach Verf. lässt sich sowohl die Gastro-elytrotomie als die totale Excision des Uterus leicht ohne Verletzung der Ureteren ausführen, wenn man nicht zu nahe an dem Cervix incidirt. Eine genaue Wiedergabe der anatomischen Einzelheiten, sowie der Operationstechnik lässt sich in einem Referate nicht bewerkstelligen.

P. F. Mundé (New-York).

---

5. **Runge** (Berlin). Sauerstoffmangel und Kohlensäureüberschuss des Blutes in ihrer Beziehung zum schwangern und nicht schwangern Uterus.

(Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie Bd. IV. Hft. 1.)

Brown Séquard hatte den Satz aufgestellt, dass es die Kohlensäure des Blutes sei, welche Contractionen des Uterus hervorrufe. Diese Theorie wurde von Verschiedenen benutzt, um den Eintritt der ersten Wehen zu erklären, während Kehrer Experimente gegen die Nichtigkeit dieses Satzes geltend machte.

Verf. hat die Untersuchung dieser Frage in der Richtung sich vorgenommen, zu prüfen, ob rasche Ueberladung des Blutes mit Kohlensäure, oder Mangel an Sauerstoff es ist, welcher Wehen hervorruft.

Es ergab sich nun aus Versuchen, dass im Beginn der Einathmung eines Gemisches von 1 Volumen Sauerstoff und 2 Volumen

Kohlensäure Progressivcontractionen des Uterus eintraten mit Steigerung bis zu Tetanus, nach kurzer Dauer wird aber der Uterus wieder schlaff und rosenroth. Beim Aussetzen der Zufuhr des künstlichen Gasgemisches und Wiederzuleitung der atmosphärischen Luft kommen dann wieder einige schwächere Contractionen. Dieselben Uterusbewegungen erhielt Verf. auch bei mässig curarisirten Thieren, so dass etwaige Bewegungen des Versuchsthieres als Ursache für die Uteruscontractionen ausgeschlossem werden dürfen.

Lässt man dagegen die Thiere statt des Sauerstoffs ein indifferentes Gas (Wasserstoff) ohne Zunahme der Kohlensäuremenge athmen, so entstehen lebhafte Progressivcontractionen mit Tetanus wechselnd, bis zum Tod des Thieres selbst den Herzstillstand überdauernd, gerade wie bei der durch Trachealverschluss bewirkten Asphyxie. Zugleich steigt, wie Verf. nebenbei prüfte, der Blutdruck und erreicht beim Tetanus seinen höchsten Stand.

Die Ansicht von Brown Séquard, dass Kohlensäure ein contractionserregendes Mittel sei, ist demnach richtig, doch wirkt nach Verf.'s Versuchen die Herabsetzung der Sauerstoffzufuhr noch viel intensiver.

Es ist daher wohl weniger die Kohlensäureüberladung, wie Leopold meint, als der Sauerstoffmangel als wehenerregendes Mittel anzusehen.

Klinisch sprechen für diese Ansicht Fälle von erhöhter Venosität des Blutes bei chronischen Herz- und Lungenkrankheiten, wobei gern eben in Folge derselben Frühgeburt eintritt. In einer Reihe derartiger von Verf. beobachteter Fälle war das tagelange Hinziehen leiser Contractionen und die Steigerung derselben mit der Cyanose bemerkenswerth.

Für solche Fälle verspricht sich Verf. von Darreichung der Digitalis Nutzen sowohl im Interesse der Mutter als auch des Fötus, da derselbe, wie Verf. durch andre Experimente gezeigt hat (s. Centralblatt für Gyn. 1878 No. 20), bei rascher Herabsetzung des Blutdruks zu Grunde geht. **Fehling** (Stuttgart).

---

6. **C. Ruge** (Berlin). Ueber die Anatomie der Scheidenentzündung. Nebst 1 Tafel Abbildungen.

(Zeitschr. für Geburtshülfe u. Gynäkologie Bd. IV. Hft. 1.)

Die Ansichten der verschiedenen Autoren, die sich in letzter Zeit mit diesem Thema befasst haben, gehen zum Theil so weit auseinander, dass Verf. eben dadurch zu eigenen Untersuchungen gedrängt wurde. Für diesen Zweck sind kleine, dem Lebenden entnommene Stückchen am besten zu verwerthen, wofür Verf. lebhaft eintritt.

Das Epithelstratum der Vagina ist ein mehrfach geschichtetes, mit deutlichen in regelmässigen Reihen stehenden Papillen. Dieses Stratum ist bei alten Frauen dünner. Unter dem Epithel findet

sich eine straffe, gefässreiche Bindegewebsschicht, darunter dann die quer- und längslaufenden Muskelbündel.

Unter normalen Verhältnissen hat Verf. weder Drüsen noch Follikelbildungen gesehen, wie sie von Hennig, v. Preuschen u. A. beschrieben sind. Er hält sich trotzdem nicht für berechtigt, die dahin zielenden Beobachtungen der früheren umzustossen.

Bei Vaginitis granulosa ist das Epithel zwischen den Granula dick, mit vergrösserten Papillen, auf der Höhe der Granula ist eine feine Schicht des Plattenepithels; das Gewebe der Granula ist gefässreich und kleinzellig.

Nach den beigegebenen Abbildungen handelt es sich nicht um follikuläre Bildungen, auch nicht um rein papilläre, sondern um circumscripte, subpapilläre Entzündungen, über denen Epithel und Papillen sich verändern. Dass die Bilder Anlass zu obigen Anschauungen und somit zur Täuschung geben, lässt sich nicht läugnen. Neben der acuten Form bei Vaginitis granulosa nimmt Verf. eine chronische an, wo das Epithel nicht so verdünnt und das Gewebe nicht so stark infiltrirt ist.

Bei der einfachen Colpitis ist der Vorgang im Wesentlichen derselbe, die subpapilläre Wucherung tritt also hier nicht über die Oberfläche, sondern bleibt im Epithellager.

Verf. hat bekanntlich zusammen mit Veit für gewöhnlich an den Erosionen der Portio Drüsenneubildung nachweisen können, in einem Fall jedoch fand er auch Veränderungen ähnlich den an der Scheidenschleimhaut nachgewiesenen.

Ebenso ist endlich bei der Colpitis vetularum, die er aber von der Colpitis adhäsiva getrennt haben will, der Befund nur graduell verschieden. Das Epithel verdünnt, kleinzellige Wucherung.

Die Bedeutung der vorliegenden Untersuchungen gipfelt also darin, dass die Befunde eines sehr einfachen Bau's der Vagina früherer Autoren wieder zur Geltung kommen, und dass die verschiedenen Entzündungsformen nicht dem Sitz in verschiedenen Geweben, sondern nur graduellen Unterschieden ihren Ursprung verdanken.

Fehling (Stuttgart).

---

7. **Löhlein** (Berlin). Bemerkungen zur Eklampsiefrage.

(Zeitschr. für Geburtshülfe u. Gynäkologie Bd. IV. Hft. 1.)

Bei dem Widerstreit der theoretischen Anschauungen über die Eklampsiefrage hielt Verf. es der Mühe nicht unwerth, ein grösseres, 10 Jahre umfassendes Material der Berliner geburtshülflichen Klinik auf gewisse Punkte zu untersuchen; es standen ihm hierzu im Ganzen 106 Fälle zur Verfügung.

Davon wurden 87,7 % bei Gebärenden, 4,7 % bei Schwangeren und nur 7,5 % bei Wöchnerinnen beobachtet, das auffallende Ueberwiegen der Gebärenden rührt davon her, dass die schwersten Fälle der Stadt gewöhnlich in die Klinik transportirt werden. Die Erstgebärenden und besonders die älteren Erstgebärenden überwiegen bedeutend.

Eingehender hat Verf. die 32 Sectionsbefunde durchmustert. In 17 Fällen war Nephritis parenchymatosa vorhanden, 12 Mal Mischformen der Nephritis parenchym. und interstitialis u. s. w. Relativ häufig ist Injection der Nierenbecken, Erweiterung der blutreichen Nierenvenen und Dilatation der Ureteren vorhanden, wie aus einer Anzahl mitgetheilter klinischer Berichte erhellt. Der rechte Ureter ist häufig allein, oder doch stärker als der der linken Seite dilatirt, diese Dilatation findet sich in etwa 25 % der Sectionsfälle, sonst bei Puerperen nur in 3,2 % der Leichen, wo zugleich immer ein bestimmter anatomischer Grund für die Behinderung des Urinabflusses sich ergab.

Die Ureterendilatation ist daher nicht bedeutungslos, und es scheint nicht unmöglich, dass eine bereits insufficiente Harnausscheidung aus den Nieren bei plötzlich eintretender Ureterencompression zu urämischen Erscheinungen Anlass geben wird.

Auch der Befund am Herzen ist zu berücksichtigen. Während Verf., wie aus seinen früheren Untersuchungen bekannt, eine physiologische Schwangerschaftshypertrophie des Herzens nicht zugiebt, fand sich in den Eklampsiefällen ein Durchschnittsgewicht von 287 g gegen 250,2 g normal. Diese Hypertrophie entsteht nach den Anschauungen der meisten Kliniker durch Retention des Harnstoffs im Blut, als eine Folge der dadurch bedingten Drucksteigerung.

Die vorgefundenen Gehirnveränderungen sind im Ganzen wenig übereinstimmend, meist gering. Es fanden sich Osteophytbildungen, Blutaustritte, Gehirnhautentzündung mit Extravasation. Das der Traube'schen Theorie entsprechende Oedem des Gehirns mit Abplattung der Gyri fand sich nur 1 Mal.

Verf. ist daher geneigt anzunehmen, dass in letzter Instanz die Anämie der motorischen Centren beim Krampfanfall durch eine rein functionelle Störung in den Gefässen verursacht wird. Alle ätiologischen Momente zusammen gipfeln darin, die Geburt zu verzögern und durch Rückstauung von Blut und Harn die Urinausscheidung zu erschweren. Nach dieser Anschauung können auch die Eklampsiefälle, wo vorher der Urin eiweissfrei war, untergebracht werden, da eine plötzliche Unterdrückung der Harnausscheidung möglich.

Die Mortalität mit 37,7 % ist vielleicht aus den oben angeführten Gründen etwas zu hoch. **Fehling** (Stuttgart).

---

8. **Porak** (Paris). Ueber den Durchtritt von Arzneistoffen durch die Placenta und ihre Ausscheidung durch den Urin der Neugeborenen.

(De l'absorption des médicaments par le placenta etc.) Paris, **G. Masson,** 1878.

Unter Anführung der in der Placentarstoffwechselfrage vorliegenden Arbeiten, besonders der neueren von Gusserow, Benicke, Zweifel, Fehling, auf welche er im Verlauf seiner Untersuchungen vielfach vergleichend zurückkommt, betont Verf. den Werth sol-

cher klinischen experimentellen Untersuchungen für Physiologie, Pathologie und Therapie. Er hat mit einer grösseren Reihe von Arzneimitteln experimentirt, als die meisten deutschen Forscher, leider standen ihm im Hospital Cochin ausschliesslich Gebärende zu seinen Untersuchungen zu Gebote. Besonders werthvoll sind die genauen Angaben über die angewandten Methoden zum chemischen Nachweis der angewandten Mittel, die Ausfindung der Fehlerquellen etc.

Den Uebergang des Jodkalium von Mutter auf's Kind konnte er nachweisen, wenn mindestens 0,25 g mehr als $^1/_2$ Stunde vor der Geburt gereicht war. Er hebt, wie dies auch in den deutschen Arbeiten geschehen, hervor, dass die eigentliche Thätigkeit der Nieren erst nach der Geburt beginne, indem die Ausscheidung des betreffenden Stoffes im zweiten und dritten Urin allemal stärker ist als im ersten.

Der Chloroformnachweis im Blut des Fötus gelang ihm nicht, wahrscheinlich wegen Anwendung ungenügender Methoden. Besonders eingehend unter Anführung zahlreicher Vorversuche beschäftigt er sich mit dem Uebergang des Chloroforms in den Urin der Neugeborenen, der ihm auch in einer Anzahl von Fällen gelang. Ueble Folgen für das Kind hat er selten wahrgenommen, Ikterus trat nicht häufiger auf.

Während der Uebergang von Salicylsäure in den Fötalharn vielfach von ihm nachgewiesen wurde, gelang ihm der Nachweis in der Milch nicht; er meint daher, Salicylsäure werde nicht von der Mamma ausgeschieden; eine Angabe, die sich auch in Winckel's Pathologie findet, die aber entschieden nur auf Anwendung ungenügender Methoden beruht, denn Salicylsäure geht sicher durch die Milch in den kindlichen Organismus über.

Für Ferrocyankalium fand er schwachen Uebergang ins kindliche System; bei einem todtgeborenen Kinde gelang es ihm nicht, in Blut und Galle den Stoff nachzuweisen.

Ferner hat er für Bromkalium und chlorsaures Kali den Nachweis des Uebertritts geliefert, das letztere geht angeblich viel rascher über als das erstere. Das letzte Salz macht allen gegenüber die Ausnahme, dass es auch vom Kind so rasch ausgeschieden wird, dass es im ersten Urin post partum stärker ist, als in den späteren.

Auch Terpentinöl fand sich im kindlichen Organismus, nachweisbar durch den Veilchengeruch des kindlichen Urins. Beim Salpeter läugnet er ebenfalls den Uebergang in die Milch. Er berechnet, dass wenn die Mutter 4 g von letzterem erhalte, dass dann keine 0,03 g durch die Placenta zum Kind übertreten.

Auch schwefelsaures Chinin konnte er, wenn auch in kleinen Mengen, beim Kind nachweisen, er findet aber, dass es den Kindern geschadet habe, dass stärkere Gewichtsabnahme, stärkerer Ikterus darnach häufig sei.

Während er endlich Santonin noch beim Kinde nachweisen konnte, gelang ihm dieser Nachweis für Rhabarber, Spargel, Arsenik u. s. w. nicht.

Als Endresultat kommt er zum Schluss, dass man alle Mittel im Fötus nachweisen kann, die man der Mutter in genügend starker Dosis geben kann. Die dazu nöthigen Mengen sind verschieden, wie auch die Stärke der Reaction für die einzelnen Mittel im reinen Wasser und Urin verschieden ist. Der Austausch in der Placenta geschieht wahrscheinlich nach den Gesetzen der Exosmose und Endosmose. Die Placenta hat keine specielle Excretionskraft für bestimmte Stoffe, ähnlich wie einzelne Drüsen.

Wie er schon aus den oben angeführten Versuchen die geringere Thätigkeit der fötalen Niere folgert, so kommt er durch vergleichende Experimente über Stoffausscheidung bei Müttern und Neugeborenen zu dem Resultat, dass die kindliche Niere viel langsamer die Stoffe ausscheide, als die des Erwachsenen.

Für Alle, welche sich mit der Stoffwechselfrage eingehender beschäftigen, ist ein genaueres Studium des Buches sehr zu empfehlen.

Fehling (Stuttgart).

---

9. **Mayrhofer** (Innsbruck). Von der Unfruchtbarkeit des Weibes.

(Handbuch der Frauenkrankheiten II. Abschnitt. — Stuttgart, **F. Enke,** 96 S.)

Der 1. Theil handelt von der Zeugung des Menschen; er beginnt mit einer kurzen Geschichte der verschiedenen Zeugungstheorien von der des Hippokrates und Aristoteles an bis zur Epigenese Harvey's und der Evolutionstheorie Swammerdams und Malpighi's; weiter werden besprochen die Ovulation, die Wanderung des Eies, seine Einwurzelung in die Gebärmutterschleimhaut, das Verhalten des Samens im Körper des Weibes und die Ursachen des Geschlechts. Von den in diesen Capiteln ausgesprochenen Ansichten seien folgende hervorgehoben:

»Zwischen der Menstruation und Ovulation besteht ein zeitlicher und causaler Zusammenhang insofern, als beide Vorgänge Folgen der periodischen Congestion zu den Genitalien sind; die Ovulation erfolgt meist im Beginn der Periode.

Den mit selbständiger Locomotionsfähigkeit begabten Spermatozoen genügt ein capilläres Lumen zum Eindringen in den Uterus.

In dem sauren Vaginalsecrete sterben die Spermatozoen rasch ab; es ist deshalb für das Zustandekommen der Conception nöthig, dass gleich bei der Cohabitation Samen in den Bereich des alkalischen Cervicalsecrets gelangt, oder dass der saure Vaginalschleim neutralisirt wird (wie z. B. durch das Menstrualblut). Das Vorkommen der primären Bauchhöhlenschwangerschaft ist bisher unbewiesen und auch ganz unwahrscheinlich. Die Lehre von der Ueberwanderung des Eies, sowohl der extra-, wie der intrauterinen ist zu verwerfen, da sie auf der ganz unbewiesenen Voraussetzung beruht, dass das Corpus luteum verum aus dem Follikel entstehe, welcher das befruchtete Ei geliefert habe.

Das Geschlecht der Frucht wird bei der Conception entschieden.

Im 2. Theile werden die Ursachen und die Therapie der Unfähigkeit des Weibes zur Fortpflanzung erörtert. Verf. ist entschiedener Gegner der von Sims aufgestellten Lehre, dass die Sterilität in weitaus den meisten Fällen auf mechanischen Ursachen beruhe. Er giebt zwar zu, dass die chirurgische Behandlung der Sterilität durch Discission des Cervix, Amputation der Portio vag., die kegelmantelförmige Excision etc. in manchen Fällen die Sterilität beseitigt, glaubt aber, dass diese Eingriffe in ganz andrer Weise wirken, als dies Sims annimmt.

Grossen Werth legt er auf die Beschaffenheit des Cervicalschleims; der gewöhnlich den Cervicalcanal verstopfende, äusserst zähe Schleim mache das Eindringen der Samenfäden in den Uterus entweder ganz unmöglich, oder erschwere es doch ganz bedeutend; er hält es deshalb für sehr wahrscheinlich, dass während der Cohabitation, wenigstens in den Fällen, in welchen die Frau geschlechtlich befriedigt wird, dies obturirende Secret viel dünnflüssiger und so permeabler werde, wie dies auch in der ersten Zeit nach der Menstruation der Fall sei.

Zum Schluss giebt er eine Uebersicht über die Entwicklungsfehler der weiblichen Genitalien, wobei er sich streng an die Kussmaul-sche Eintheilung hält, auch die Abbildungen sind grossen Theils dem letzteren Werke entnommen. **Schwarz** (Halle a/S.).

---

10. **Pinard.** Chloroform, Morphium und Chloral während der Geburt.

Paris, **Doin,** 1878.

Aus zahlreichen Experimenten, welche Verf. innerhalb 3 Wochen in der Maternité über die Chloroformnarkose bei 23 Kreissenden angestellt hat, geht hervor, dass während letzterer die Wehenpausen, namentlich in der Eröffnungsperiode, länger und die Dauer der Contractionen kürzer werden. Die Energie der Contraction der Abdominalmuskel sinkt beträchtlich und die Austreibungsperiode wird, jedenfalls bei Primiparen, verlängert. Post partum ist die Schlaffheit des Uterus noch auffallender: daher die längere Dauer der Nachgeburtsperiode und der grössere Blutverlust, welcher 6 Mal unter 23 Fällen zwischen 500 und 1500 g schwankte. Verf. hat dabei eine gewisse Färbung des Blutes beobachtet, welche er mit derjenigen einer frischen Leber vergleicht. Authentisch sicher gestellte Todesfälle Kreissender während der Chloroformnarkose sind ihm nicht bekannt.

1 Fall aus Lyon (?) 1876. Keine Section: ebenso trägt er Bedenken, die von Dr. Lusk veröffentlichten Fälle als hierher gehörig zu betrachten. Von seinen 23 Wöchnerinnen starben 2 an septischer Peritonitis. 60 andere, welche nicht chloroformirt wurden, blieben gesund.

P. hat an Thieren einige Experimente mit Chloral angestellt. Bei Kreissenden hatte er nur einmal Gelegenheit Chloral anzuwenden.

Verf. scheint auch die Tarnier'schen Ansichten hierüber zu theilen. Die Wehen werden kürzer, seltener und bleiben öfters ebenso schmerzhaft. Chloral ist mehr Hypnoticum als Anästheticum. Seine Wirkung ist nicht constant und seine Anwendung wird beschränkt bleiben.

Die lähmende Wirkung des Morphium auf die Uterinfaser ist prompt und sicher. Sie ist während der ersten Periode ausgesprochener als während der Nachgeburtsperiode. Die Abdominalcontraction wird weniger beeinflusst als durch Chloroform. Es ist bei unregelmässigen oder krampfhaften Wehen, nach frühzeitigem Blasensprung indicirt.

Die Chloroformnarkose nach vorhergehenden Morphiumeinspritzungen hat während normaler Geburten dieselben Nachtheile als die alleinige Anwendung von Chloroform oder von Morphium, was auch durch folgendes Factum bewiesen wird: In 29 Fällen (davon 24 nicht publicirten von Guibert) musste 5 Mal die Zange wegen Wehenschwäche angelegt werden und 3 Mal traten bedeutende Nachblutungen auf.

In Fällen, wo ein operativer Eingriff nöthig ist, giebt diese combinirte Narkose sehr gute Resultate, und wird sehr warm vom Verf. empfohlen. **E. Hüter** (Strassburg i/E.).

---

11. **Vaudam.** Placentarretentio während 6 Monate.

(Presse méd. belge 1878. No. 51.)

Unvollkommener Abort im 6.—7. Schwangerschaftsmonat mit grossem Blutverlust. 4 Monate später bedeutende Blutung, welche sich 8 Wochen nachher wiederholt. Kurz darauf wird unter wehenartigen Schmerzen eine 300 g schwere ganz frische Placenta ausgetrieben. Von den Brüsten wird nichts erwähnt. **E. Hüter** (Strassburg i/E.).

---

12. **U. Richter** (Emden). Zur Diagnostik der Erosionen an der Portio vaginalis uteri.

(Berliner klin. Wochenschrift 1879. No. 1.)

Verf. empfiehlt, auf die Resultate der Untersuchungen von Ruge und Veit und den grossen Werth der Freund'schen totalen und Schröder'schen partiellen Uterusexstirpation, falls sie frühzeitig vorgenommen wird, hinweisend, ein neues Instrument, Excisor, zur Ausschneidung kleiner Stücke, für die mikroskopische Untersuchung, aus der erkrankten Portio (s. Abbildung im Original). Die Ausschneidung kann namentlich ohne Assistenz und ohne Behinderung durch die meist profuse Blutung vorgenommen werden.

Schellenberg (Leipzig).

---

13. **Kleberg** (Odessa). Die Laparo-Uterotomie mit Anwendung der elastischen Ligatur.

(Petersb. med. Wochenschrift 1879. No. 1.)

Erst nachdem Verf. in etwa 50 Fällen (Hämorrhoiden, Carcinome, Uteruspolypen, Ovarientumoren etc.) die elastische Ligatur angewandt

und kein einziges Mal Nachblutungen oder sonst unangenehme Zufälle erlebt hatte, gebrauchte er sie zur Behandlung des Stieles bei der Uterotomie.

Die Technik ist folgende: Der mehr oder weniger vergrösserte Uterus wird durch die Bauchwunde möglichst weit hervorgezogen; dann wird ein dicker Troikart entweder gleich oberhalb der Vaginalportion durch den Cervix (bei Fibromen und anderen gutartigen Geschwülsten) oder unterhalb derselben durch die Scheide (bei Carcinom) durchgeführt und durch denselben 4 elastische Ligaturen (ungefensterte Drainageröhren von $1^1/_2'''$ Durchmesser) eingebracht. Von den letzteren wurden 2 nach rechts und 2 nach links so um die Lig. lata geschlungen, dass Uterus und Ovarien nach oben zu liegen kommen (bei starkem Anziehen des Uterus), möglichst fest geknotet und die Knoten noch mit Seidenligaturen zusammengebunden. Die Enden der elastischen Ligaturen werden zur Bauchhöhle herausgeleitet.

Bei gestielten Uterustumoren werden die Ligaturen durch den Stiel gelegt. Der Tumor wird ungefähr 2" vor den Ligaturen abgetragen, der Stiel ausgedrückt und mit dünner Chlorzinklösung behandelt. Strenges Verfahren nach Lister mit Drainage (bis in den Douglas etc).

Um eine absolute Bettruhe zu erzielen legt Verf. der Operirten ein 1 m langes oben gefenstertes Drainrohr in die Blase, welches den Urin in ein Gefäss (unter dem Bett) fortwährend abführt. (Er hält dies für sehr wichtig.)

Die Stielreste mit den Ligaturen wurden zwischen dem 7. und 21. Tage entfernt.

Als Vorzüge vor anderen Methoden führt Verf. an: absolut sichere Vermeidung von Nachblutungen, leichteres und kürzeres Operiren auch bei weniger guter Assistenz und Beleuchtung.

Von den 5 letzten, nach dieser Methode Operirten ist nur eine gestorben. **Schwarz** (Halle a/S.).

---

14. **A. Macdonald** (Edinburg). Der Einfluss chronischer Herzkrankheiten auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, nebst Bemerkungen über puerperale Pleuropneumonie und Eklampsie.

London, **J. & A. Churchill**, 1878.

Das vorliegende Werk ist der erste Versuch in englischer Sprache von systematischem und wissenschaftlichem Standpunkt aus den Einfluss chronischer Herzerkrankung auf den Puerperalzustand zu studiren, und umgekehrt die Veränderungen, die durch letztere in jenem hervorgebracht werden. In der physiologischen Einleitung finden wir eine Skizze über den Fortschritt unserer diesbezüglichen Kenntnisse. Verf. ist der Ansicht, dass während der Schwangerschaft eine normale Dilatation und Hypertrophie des linken Ventrikels stattfinde; auch die anderen Räume des Herzens nehmen an der Dilatation,

nicht aber an der Hypertrophie Theil. Das 3. Capitel beschäftigt sich mit der Geschichte der vorliegenden Affection und kritisirt die einschlägigen früheren Arbeiten, besonders die von Hecker, Spiegelberg, Löhlein, Fritsch. Verf. stimmt mit Spiegelberg nicht darüber ein, dass nach der Geburt des Fötus ein so bedeutender Nachlass der arteriellen Spannung stattfinde, ebenso wenig mit Fritsch, und giebt nur zu, dass der arterielle Blutdruck ein wenig vermindert werde und nur vorübergehend im Wochenbett falle. Im 4. Capitel folgen 31 Fälle, die aus verschiedenen Quellen gesammelt sind; 14 Mal war Mitralstenose die Hauptaffection, mit oder ohne einen gewissen Grad von Insufficienz. In 8 Fällen fand sich Mitralinsufficienz, einige Mal in Verbindung mit leichter Stenose. 6 Mal kam Aorteninsufficienz vor, 3 Mal verbunden mit Mitralstenose. 2 Mal fand sich Endocarditis, 1 Mal Dilatation eines atrophischen Herzens. Die Krankengeschichten sind sehr ausführlich zum Theil mit sphygmographischen Curven.

Im Capitel, wo Verf. seine Schlüsse entwickelt, vertritt er an der Hand zahlreicher mittelst Mahomed's Apparat aufgezeichneter Curven die Wahrheit seiner Ansicht, dass die arterielle Spannung in der Schwangerschaft sehr bedeutend sei, während der Geburtsarbeit steige, und nachher nur wenig falle.

Vor der Geburt ergab sich ein durchschnittlicher Kraftaufwand von 5,6 Unzen, und eine Steigung auf 16,9 Unzen; 2 Tage nach der Geburt waren die entsprechenden Zahlen 5 und 16 Unzen. Später im Wochenbett ist der Durchschnitt 4,8 und 13,5 Unzen. Im Durchschnitt ergab die Messung mit demselben Instrument bei 12 gesunden, nicht schwangern Frauen 4 Unzen und 13,5 Unzen.

Verf. kommt daher zum praktischen Schluss, dass chronisches Herzleiden eine Contraindication gegen Heirathen ist, besonders Mitralstenose und Aorteninsufficienz. Besonders ist dies einzuschärfen, wenn schon Zeichen von Insufficienz des Herzens vorhanden sind. Jedenfalls sollten solche Frauen im Wochenbett nicht stillen; Einleitung der Frühgeburt empfiehlt sich nicht, da eher Nachtheile davon zu erwarten sind. Während der Geburt hat sich Darreichung von Chloroform stets als nützlich erwiesen. Die Geburtsarbeit soll möglichst abgekürzt werden.

Ein genaues Studium des werthvollen Buches soll jedem empfohlen werden. **Underhill** (Edinburg).

---

15. **Whiteside Stime** (Sheffield). Bemerkungen über Ovariotomie.

(Brit. med. Journ. 1878. Nov. 30.)

Als vorbereitende Behandlung empfiehlt Verf. längere Zeit vor der Operation für vollständige Entleerung des Darmes zu sorgen, da ihm einmal bei einer lange vorher mit Laxantien behandelten Frau doch noch Scybala zurückblieben, die dann üble Erscheinungen

hervorriefen. In einem sehr hartnäckigen Falle von Obstruction erzielte Verf. einmal durch möglichst hohe Einführung einer Elektrode eines faradischen Stromes ins Rectum Stuhl. Seit 1876 wendet er bei Ovariotomien Antisepsis an und sucht solche durch vorbereitende innere Gaben antiseptischer Mittel zu unterstützen. Heruntergekommene Patienten ernährt er zugleich durch Mund und After nach Leube's Recept vermittelst eines Irrigators an dem der Becher durch einen Trichter ersetzt ist. An seinem Sprayapparat hat er eine Vorrichtung zur Erwärmung der zu zerstäubenden Flüssigkeit angebracht. Er empfiehlt für Spray und Verbandstoffe Thymol.

Trifft man einmal bei der Incision nicht die Linea alba so ist es besser den Rectus zu durchschneiden als lange zu suchen. Durch die Bauchwand führt er den Schnitt aus freier Hand. Den Stiel versenkt er erst einzeln dann en masse mit Catgutligaturen, unter Umständen dickem Stopfgarne unterbunden. Nach der Operation hält er es für zweckmässiger den Oberkörper etwas erhöht als horizontal zu lagern. 5—6 Stunden vor der Operation giebt er ein gutes Fleischfrühstück. Am 3. und 4. Tage nach der Operation sorgt er für Stuhl und ist damit sehr zufrieden. Den Urin fand er schon bis zum 10. Tage alkalisch und spülte dann mit einer schwachen Carbollösung aus. Die Cyste vor ihrer Herausnahme nicht vollständig zu entleeren hält er für zweckmässiger. Bei sehr dünner Wandung hält er es, um Einfliessen in die Bauchhöhle zu vermeiden für sicherer, die Wand mit dem Messer einzuschneiden, nachdem man die Patientin auf die Seite gelagert hat. Das Bauchfell mit in die Suturen einzufassen, hält er mit Köberlé für nicht so wesentlich als Wells. Antisepsis bei Ovariotomien stellt er sehr hoch.

Herdegen (Stuttgart).

---

16. **Fauvel** et **Vallin.** Prophylaxis der infectiösen und contagiösen Krankheiten. Bericht an den internationalen Congress für Gesundheitspflege zu Paris.

(Annales de la Société de médecine d'Anvers 1878. September und October.)

In diesem umfangreichen Aufsatz findet sich ein kurzer Abschnitt über den Werth des Isolirsystems in Gebärhäusern aus dem wir folgende Punkte kurz hervorheben. Bekanntlich wiesen besonders Tarnier und Lefort nach, dass die Sterblichkeit in Gebärhäusern eine unendlich grössere ist als bei den isolirten Entbindungen in der Stadt. Unter 12000 Geburten in Paris in den Jahren 1875—1876 kam 1 Todesfall auf 313 Stadtgeburten, in den Spitälern dagegen 1 Todesfall auf 26—34 Geburten. Wie bekannt wurden auf dem Congress zu Brüssel 1875 und 1876 die Vorzüge des Isolirsystems lebhaft discutirt, ja man sprach sich für das vollständige Aufgeben grosser Gebärhäuser aus. Dieser Bericht befasst sich vornehmlich mit dem Isolirprincip in den Gebärhäusern. Als Musteranstalten dieser Art wurden der Pavillon von Tarnier in der Maternité

zu Paris und das Gebärhaus in Kopenhagen unter Stadfeldt's[1]) Direction geschildert. In beiden ist das Isolirsystem aufs Strengste durchgeführt, jede Wöchnerin hat ihr eigenes Zimmer und besondere Hebamme und ist ohne jede Verbindung mit den anderen Wöchnerinnen. Sobald sie erkrankt, wird sie entweder verlegt oder von einem besonderen Arzt, der mit den übrigen Wöchnerinnen nichts zu thun hat, behandelt. Dabei werden strenge Desinfectionsmassregeln geübt, besonders peinlich in der Anstalt von Stadfeldt. Die Resultate sind gegen früher sehr gute. Stadfeldt hat 1 Todesfall auf 87 Geburten gegen 1 auf 21 in früheren Jahren. — Aehnliche Einrichtungen bestehen in Petersburg, wo kleine Gebärstationen in einzelnen Häusern der Stadt zerstreut liegen, 1875 starben unter 8000 Wöchnerinnen 1 %.

Der Bericht verbreitet sich des Weiteren über den Segen der Desinfection und der Antisepsis im Allgemeinen, Punkte, welche für uns Deutsche, die wir an die strengste Handhabung dieser Massregeln gewöhnt und ihre Vortheile zu würdigen wissen, kaum Neues bieten. **Runge** (Berlin).

---

17. **Asp.** Ueber Massage des Uterus.

(Nord. med. Archiv 1878. Bd. X. No. 22.)

Die methodische Massage als Heilmittel gegen Krankheiten der weiblichen Genitalorgane ist in Schweden seit einigen Jahren von einem Laien, Major Brandt, zur Anwendung gebracht. Wenn derselbe jedoch in seinem Vaterlande als Erfinder der Methode angesehen wird (Norström: Sur le traitement des maladies des femmes au moyen de la methode du Massage, Paris 1876), so ist dies insoweit unrichtig, als auch früher verschiedene Verfasser über Massage, z. B. Estradère (1863), Phélippeaux (1870) von dessen Anwendung gegen Gebärmutterkrankheiten Erwähnung thun, während schon Cazeaux (Traité de l'art des Accouchements, 1844) von einer Art von Massage des Uterus bei Atonie desselben während der Geburt spricht.

Brandt hat allerdings der Massagebehandlung einen weit ausgedehnteren Spielraum, als früher der Fall war, gegeben und dieses Curverfahren bei fast allen möglichen Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane ausgeübt. Verf. hatte im Jahre 1874 Gelegenheit die sogenannte Brandt'sche Methode bei ihrem Urheber zu studiren, und er hat dieselbe seitdem in dem von ihm verwalteten, medico-gymnastischen Institute zu Helsingfors (Finland) geprüft. Er hat jedoch mehrere der Brandt'schen Vorschriften nach kurzer Zeit wieder verlassen und die Specialbehandlung wesentlich auf die Uterusmassage beschränkt, während die Kranken gleichzeitig einer allgemeinen gymnastischen Behandlung unterworfen wurden. Das Verfahren ist folgendes: Mit einem oder 2 in die Scheide eingeführten Fingern sucht man den Gebärmutterkörper zu fixiren und auf denselben einen sanften, continuirlichen Druck auszuüben, während die

[1]) Stadfeldt: Les maternités. Copenhague 1876.

andere aussen am Unterleib gelegte Hand einen Gegendruck bewerkstelligt. Wenn die Bauchdecken hinlänglich schlaff sind, wird der Gebärmutterkörper auch direct zwischen den Händen gefasst und wie geknetet. Selbstverständlich muss Pat. eine für die Erschlaffung der Bauchwand möglichst günstige Lage einnehmen. Neben dieser eigentlichen Uterusmassage werden gewöhnlich noch auch methodische Knetungen der Unterbauchgegend angewendet, indem man möglichst tief ins kleine Becken zu dringen sucht, was bei fettreichen Bauchdecken allerdings oft schwer genug ist und etwas Uebung sowohl für Pat. als für Arzt erfordert. Durch letzteres Verfahren werden die schlaffen Umgebungen des Uterus gewöhnlich in relativ kurzer Zeit (6—8 Wochen) gestärkt und befestigt, und Besserung einer etwa vorhandenen Lageveränderung bewirkt, wie dies auch durch das subjective Befinden der Kranken bestätigt wird. Während eines Zeitraumes von 4 Jahren sind im Ganzen 72 gynäkologische Pat. mit Massage behandelt. Anfangs wurden die Kranken einer allgemeinen, für den speciellen Fall geeigneten, Behandlung eine Zeit lang unterworfen, wodurch gewöhnlich keine oder eine nur relative Besserung gewonnen wurde. Nachher wurde dann die Specialbehandlung hinzugefügt und zwar zuerst die Massage der Unterbauchgegend, später die eigentliche Uterusmassage. Die behandelten Krankheiten ordnet Verf. in folgende Gruppen: 1) Chronische Metritis, gewöhnlich mit Descensus uteri und oft mit Infiltrationen im umgebenden Bindegewebe complicirt. Zahl der Fälle 35. Davon genasen 15 (43 %), gebessert wurden 13 (37 %), ohne Besserung blieben 7 (20 %). Von den Kranken waren $^3/_5$ verheirathet, $^2/_5$ unverheirathet; bei ersteren war die Krankheit häufig im Wochenbett entstanden, bei letzteren blieb die Pathogenese meist unaufgeklärt, nur in einigen Fällen war eine langwierige Chlorose vorhergegangen. Complicationen (Parametritis, Flexion, Descensus höheren Grades) waren häufiger bei Verheiratheten als bei nicht Verheiratheten, schienen aber auf das Endresultat keinen wesentlichen Einfluss zu üben, nur dass die Durchschnittsdauer der Behandlung bis zur Genesung dabei grösser wurde. Die Dauer der Behandlung variirt übrigens von 4—28 Wochen. In wie weit Recidive später eintraten, konnte Verf. allerdings nur in einigen der Fälle controliren. In 9 Fällen war nach längerer Zeit kein Rückfall eingetreten; in 3 Fällen gaben erneuerte Wochenbette zu Recidiven Anlass, was gegen die Behauptung spricht, dass das Wochenbett auf die chronische Metritis günstig wirke. Von den 7 nicht gebesserten gaben mehrere die Cur zu früh auf. Jedenfalls hält Verf. das Gesammtresultat der Massagebehandlung für günstig, da doch die Krankheit sonst von mehreren Autoren (z. B. Scanzoni) als unheilbar geschätzt wird. Auffallend sind einige Fälle, wo Schwangerschaft während der Massagebehandlung eintrat und eine Zeit lang verkannt wurde, später jedoch normal verlief. 2) An Katarrh der Gebärmutter (chronische Endometritis) litten 7 Pat. Davon genasen 4 (Durchschnittsdauer der Cur 9 Wochen); 2 wurden gebessert; 1 nicht gebessert. Die

letztere brach die Cur nach 4 Wochen ohne bekannte Veranlassung ab. Recidive traten jedoch relativ häufig ein, was nicht auffallen kann, da die Krankheit zunächst als Symptom eines Allgemeinleidens, der Chlorose, anzusehen ist. 6 der Pat. waren junge Unverheirathete. 3) Lageveränderungen waren meist als Descensus bei chronischer Metritis repräsentirt. Als nicht complicirte Fälle hat Verf. 7 notirt; geheilt wurden 2, gebessert 3, nicht gebessert 2; von letzteren brauchte 1 die Cur nur 2 Wochen. 4) Flexionen. Zahl der Fälle 12; darunter Anteflexio 11, Retroflexio 1. Nur eine Pat. war verheirathet aber steril, die übrigen waren jüngere Unverheirathete. Mit chronischer Metritis waren 3 Fälle complicirt, mit Perimetritis 1 Fall. Resultat der Behandlung war insoweit ein negatives, als die Flexion unverändert blieb. Bei vielen Pat. waren jedoch die subjectiven Symptome sehr gebessert, als sie das Institut verliessen, indem das Curverfahren den durch die Flexionen bedingten Circulationsstörungen im Uterus entgegenwirkt. Chlorosis war häufig vorhergegangen. 5) Mit Myomen in beginnender Entwicklung waren 2 Pat. behaftet. Wenn auch die Massage dieselben zum Schwinden nicht bringen konnte, meint Verf. doch das Wachsthum der Geschwülste durch die Cur verlangsamt gesehen zu haben, während das Allgemeinbefinden der Kranken gebessert wurde. 6) Oophoritis oder Perioophoritis chronica kam in 3 Fällen vor, in 2 Fällen mit chronischer Metritis, in 1 mit Anteflexio complicirt. Die Kranken wurden nach 4—14 wöchentlicher Behandlung als genesen, resp. gebessert entlassen. 7) Chronische Entzündung im umgebenden Bindegewebe, Peri- und Parametritis, wurden häufig als Complication bei Metritis und Lageveränderungen beobachtet, und die Massage schien in mehreren Fällen eine sehr günstige Wirkung auszuüben. Im Ganzen wurden von den 72 Pat. 23 als gesund, 34 als gebessert und 15 als nicht gebessert entlassen; Verf. glaubt daher, dass die Uterusmassage eine grössere Aufmerksamkeit von Seite der Aerzte verdient, als bisher der Fall gewesen ist. Die Manipulationen wurden immer und ausschliesslich von der Vorsteherin des Instituts ausgeführt, um jedes psychische Irritament zu vermeiden. **Storch** (Copenhagen).

---

18. **M. Duncan.** Ueber Vaginismus.

(Med. times and gaz. 1878. Oct. 19.)

D. unterscheidet in seinem Vortrage einen primären und secundären Vaginismus, im ersteren Falle stellt die Erkrankung eine reine Neurose dar, und zwar eine Motilitätsneurose, die sich in Spasmus manifestirt. Soweit dieser Spasmus willkürliche Muskeln betrifft, ist er tonisch — constrictor cunni und levator ani — eventuell nur der vordere Theil desselben. D. glaubt jedoch, dass besonders in schweren Fällen sich auch unwillkürliche Muskulatur am Spasmus betheiligt — die Muskulatur des Uterus. In schlimmen Fällen von Vaginismus verfällt die Patientin bei Berührung etwelchen Theiles der Vulva in einen Paroxysmus von Beängstigung, der sich bis zum

Opisthotonus steigern kann. Eine ähnliche Affection ist der Krampf des levator ani, der mitunter bei der geschlechtlichen Berührung stattfindet.

Aus dem Gesagten ist klar, dass der Vaginismus erst zu Tage tritt, nach dem Versuche der geschlechtlichen Berührung. —

Beim uncomplicirten Vaginismus findet man meist die Geschlechtstheile von normalem Aussehen; dabei besteht jedoch entschiedene Aversion gegen Coitus; doch können solche Frauen concipiren; bei der Geburt können dann die Erscheinungen nachlassen, doch können sie sich auch so steigern, dass Craniotomie nothwendig wird.

Beim secundären Vaginismus — einer Affection, die man häufig bei Jungverheiratheten findet — entdeckt man häufig eine geröthete Stelle am Frenulum oder auch eine Fissur daselbst. Diese Stelle vermag beim Berühren die Pat. als den Ursprung ihres Leidens präcis zu localisiren. In anderen Fällen findet man acute Vaginitis.

In einem vorliegenden Falle, den D. präsentirt, handelt es sich um eine nicht gewöhnliche Form von secundärem Vaginismus, der seinen Ausgang genommen hat in leichten, anscheinend geheilten Ulcerationen in der Umgebung des Hymen und des Urethraorificiums, die D. als eine Art Lupus deutet.

Was die Behandlung betrifft, so kennt D. keine Massnahme von definitivem Nutzen; Erweiterung der Vulva mag in leichteren Fällen die Dyspareunia bessern — eben solchen Einfluss kann eine Geburt haben — in schweren Fällen jedoch sieht man danach keine Resultate. Bei secundärem Vaginismus sind die veranlassenden Affectionen — Risse, Abschürfungen — in Angriff zu nehmen, doch berichtet D. auch von einem Fall, in dem die vollständige Beseitigung des Leidens daran scheiterte, dass fortwährend wieder während der Behandlung sich neue wunde Stellen bildeten. —

Küstner (Jena).

---

19. **Duncan.** Ueber schmerzhaftes Sitzen.

(Med. times and gaz. 1878. Nov. 30.)

D. macht diesen symptomatologischen Krankheitsbegriff zum Thema eines interessanten Vortrages; er bespricht nur Formen, die bei Frauen vorkommen und zwar nur solche, die nicht in den allergewöhnlichsten Affectionen — Abscesse an Theilen, auf denen man sitzt etc. — wurzeln.

Mitunter kann die Ursache zum schmerzhaften Sitzen eine Erkrankung des Uterus, der Ovarien abgeben; als Beispiel giebt D. die Geschichte eines Cervixcarcinoms; hier trat das fragliche Symptom erst auf, als sich eine Perimetritis zum Carcinom gesellte, jetzt erregt ein Druck auf den Damm denselben Schmerz als das Sitzen. Erklärlich wird dies Phänomen, wenn wir bedenken, dass durch einen Druck auf das Perineum die Eingeweide eine Verschiebung erleiden, wir können uns von dieser Verschiebung überzeugen, wenn wir bei einer liegenden Frau bald aufs Perineum, bald aufs Hypogastrium drücken,

wir fühlen stets den Druck von der einen Region sich auf die andere fortpflanzen. Auf ähnliche Weise mögen die hypogastrischen Schmerzen bei Metritis und Oophoritis zu Stande kommen.

Die unter den Begriff Coccygodynie zu rubricirenden Krankheiten können unter einander recht verschieden sein. Es könne sich um Entzündungen des Steissbeins mit Ausgang in Abscessbildung handeln; Neuralgie des Coccyx — die wahre Coccygodynie — finde man bei Männern wie bei Frauen, bei ersteren rühren sie meist von Obstipation und Hämorrhoidalbeschwerden her; in anderen Fällen seien die Sacrococcygealgelenke und Bänder oder die, welche zum Sitzbeine gehen, die empfindliche Partie; Erzählung eines Falles, in dem eine solche Empfindlichkeit, von einer Geburt herrührend, als evident rheumatisch angesehen wird. Ferner kann das Steissbein dislocirt sein. — Solche Dislocationen datiren meist seit Geburten. Referat von 2 Krankengeschichten, einmal war das Steissbein nach vorn, einmal nach unten dislocirt; stets wenig beweglich. — Hier ist nur von der Entfernung des Knochens Heilung zu erhoffen — oder von der Ablösung und der nachträglichen Reposition; das erstere ist wohl das einfachere.

Als seltenere Veranlassungen zu schmerzvollem Sitzen führt D. einen Fall von Fractur des Kreuzbeins in Folge eines Sturzes und einen von Spondylolisthesis an.

Endlich kann die Beweglichkeit der Beckengelenke, welche dieselben während der Gravidität erlangen, den physiologischen Grad überschreiten. Die schwersten Grade sind sehr selten, nicht so jedoch die, durch welche bereits das Stehen den Patientinnen erschwert wird. Die physiologische Beweglichkeit ist durch das Gefühl objectiv nicht nachzuweisen, wohl aber die pathologische, besonders an den Hüftkreuzbeingelenken — Vergleich mit dem bekannten analogen diagnostisch wichtigen Phänomen an der Kuh —. Die leichteren Fälle gehen ohne Therapie in Genesung über — sind die Beschwerden zu gross, so räth D. das Tragen einer festen Bandage aus straffem Gurtstoff um das Becken. **Küstner** (Jena).

---

20. **Inojews.** Notizen aus der geburtshülflichen und gynäkologischen Praxis.

Moskau, 1878. Lex. 8°. 75 Seiten (russisch).

Unter diesen Namen veröffentlicht I. einen Bericht über ein Gebärasyl, das seit 10 Jahren bei dem fürstlich Golizyn'schen Krankenhause eingerichtet ist, und über die daselbst befindliche kleine Abtheilung für Frauenkrankheiten. Er umfasst 1600 Geburten, in denen 65 grössere und 50 kleinere Operationen ausgeführt worden sind, 25 Mal Zange, 20 Mal Wendung und Extraction, 6 Perforationen, 14 Lösung und Extraction der Placenta. An »Puerperalfieber« sind 103 erkrankt und 20 = 1,2 % gestorben. Die Frequenz der Anstalt steigt jährlich und hat schon 300 überschritten. Gynäkologische Kranke waren 68. —

Der Bericht enthält nichts Neues, ist stellenweise recht oberflächlich gearbeitet; wir begrüssen ihn aber gern, da er uns zum ersten Mal Kunde giebt von Anstalten, die bisher nur dem direct betheiligten Publicum bekannt waren.

E. Bidder (St. Petersburg).

---

21. **Richter.** Jahresbericht der Entbindungsanstalt in der Charité zu Berlin für 1877.

(Charité-Annalen. IV. Jahrgang.)

Die Personalfrequenz der damals unter der stellvertretenden Direction des Docenten Dr. Fasbender stehenden Entbindungsanstalt gestaltete sich folgendermassen: Neu aufgenommen wurden 1039 Weiber, darunter 223 als schwanger, 816 als kreissend (inclusive 26 sogenannte Gassengeburten), hierzu traten 44 Schwangere und Wöchnerinnen aus dem Jahre 1876, so dass im Ganzen 1083 Weiber verpflegt wurden.

Die Jüngste der Entbundenen war 13 Jahr 8 Monate alt, sie gebar ein 2800 g schweres Kind in Steisslage, welches während der Lösung der Arme und des Kopfes abstarb. — 86,8 % der Weiber waren unverheirathet. Die tägliche Durchschnittszahl der Schwangeren betrug 8—9. 26 Schwangere wurden wegen Krankheit in der Gravidität auf andere Stationen verlegt, ausserdem eine Anzahl gesunder vor der Entbindung aus verschiedenen Gründen entlassen. Einmal wurde ein eingeklemmter, retroflectirter Uterus im 7. Monat (?) der Gravidität reponirt, die Person gebar später rechtzeitig ein lebendes Kind.

Enge Becken wurden im Ganzen 12 (unter 996 Geburten) beobachtet: 4 allgemein-, 6 gerad-, 2 schrägverengte. Das engste Becken bot eine Conj. vera von 6,9 (am trocknen Becken). Von diesen Geburten verliefen 4 ohne Kunsthülfe (1 Kind, 1 Mutter todt, Blasenuterusscheidenfistel), 2 Mal wurde das todte Kind perforirt, 1 Mal wurde die Frühgeburt eingeleitet, 3 Mal der Forceps angelegt, 2 Mal die Extraction gemacht (2 Kinder todt).

Die Zahl der Geburten war 996 (darunter 52 im 2.—7. Monat). Geboren wurden 1005 Früchte (14 Zwillingsgeburten, 5 Mütter wurden ohne Früchte aufgenommen): 939 in Geradlagen (897 Schädel-, 4 Gesichts-, 38 Beckenendlagen), 11 Querlagen, 55 in unbestimmten Lagen.

Unter den Geburtsstörungen sind hervorzuheben: 2 Hämatome der Vulva, 5 Mal sogenannter Tetanus uteri (4 Kinder, 2 Mütter todt), 5 Mal Eklampsie (3 Mütter, 5 Kinder todt, 1 Mal Zwillinge), 1 Mal hochgradige Chorea: Die Geburt wird in tiefer Chloroformnarkose mittelst »künstlicher Dehnung« des Muttermundes und Extraction am Fuss beendet. Kind todt, bei der Mutter entwickeln sich im Wochenbett schwere Psychosen, denen sie später erliegt.

Nabelschnurvorfall ist 7 Mal notirt: 2 Mal bei Kopflage (Repo-

sition: lebende Kinder), 2 Mal bei Beckenendlage (Reposition: todte Kinder), 2 Mal bei Querlagen (1 Mal Reposition und darauf Wendung und Extraction: scheintodtes Kind, 1 Mal bereits pulslos), 1 Mal fiel sie während der Wendung auf den Fuss vor und wurde reponirt (todtes Kind). — 1 Mal Placenta praevia lateralis (unreifes todtes Kind).

Der Forceps wurde 33 Mal angelegt (3,3 %), darunter 2 Mal nach ausgeführter Perforation (1 Mutter, 10 Kinder = 30,3 % todt). — Gewendet wurde 11 Mal (1,1 %), 10 Mal wegen Querlage, 1 Mal wegen schlechter Einstellung des grossen Schädels bei normalem Becken (2 Mütter, 7 Kinder todt). — Die volle Extraction 6 Mal (1 Kind lebend), die Lösung der Arme und des Kopfes 17 Mal (3 Kinder todt). — Die Perforation 2 Mal, bei allgemein verengtem Becken (1 Mutter todt). — Die Cephalotripsie 1 Mal am nachfolgenden sehr grossen Kopf und normalem Becken. — 1 Mal wurde der invertirte Uterus mit Erfolg reponirt. — 23 Mal die Placenta künstlich entfernt. — Die künstliche Einleitung der Geburt resp. Frühgeburt geschah 2 Mal. Einmal wegen Beckenenge im 10. Monat: lebendes, 3000 g schweres Kind. Einmal bei durch Hydramnion bedingten Beschwerden bei einer Person, welche das normale Schwangerschaftsende angeblich um 14 bis 21 Tage überschritten hatte: lebendes Kind. In beiden Fällen Methode nach Krause. — Im Ganzen wurde in 9,54 % Kunsthülfe geleistet und dadurch 65,4 % lebende Kinder entwickelt, 4,2 % Mütter starben.

Unter den 1005 Früchten wurden 108 todtgeboren: 40 unreife, 38 frühzeitige, 30 ausgetragene (unter letzteren 15 todtfaul). Im Ganzen wurden mit dem Rest von 1876 930 lebende Kinder verpflegt, von diesen starben 80 = 8,6 %, darunter 34 reife. Unter den Todesursachen sind hervorzuheben: 11 Trismus und Tetanus, 4 Omphalitis; unter den Erkrankungen: 78 Ophthalmien (9,5 %), 11 Omphalitis, 8 Mastitis suppurativa, 8 Cephalohämatome; unter Entwicklungsanomalien: 1 Spina bifida (stirbt an Tetanus), 1 Labium fissum (am 3. Tage operirt, stirbt an Pneumonie), 1 doppelte Hasenscharte, 1 pes valgus, 1 enormer Ascites, 2 Kinder mit je zwei Schneidezähnen, Craniotabes z. Th. mit grossen Knochendefecten 15 Mal, bei 12 Kindern wurde »das zu lange Zungenbändchen« gelöst.

Von den 1030 Wöchnerinnen (34 vom Jahre 1876) wurden 58 aus verschiedenen Gründen sofort auf andere Stationen verlegt, 972 blieben in Behandlung. Von diesen 972 erkrankten 329 = 33,7 %, starben 20 = 2,05 % (gegen 1,92 % im Jahre 1876). Im September begann eine Puerperalfieberepidemie und währte circa 6 Wochen, es starben von etwa 150 Wöchnerinnen 9 (= ca. 6 %), zu derselben Zeit erkrankten ca. 75—80 % aller Entbundenen. In den folgenden 3 Wintermonaten starb von ca. 250 Entbundenen keine einzige.

Unter den Wochenbettskrankheiten erwähnen wir: 1 Vesicovaginal- und 1 Vesico-utero-vaginalfistel (Tod an Sepsis), 26 Ulcera puerpuralia, 25 Parametritis exsudativa, 9 Perimetritis, 11 Peritonitis

und Pelveoperitonitis (3 Todesfälle), 52 Metrorrhagien (1 Todesfall), 2 Phlegmasia alb. dol., 2 Erysipelas mammae, 3 Erysipelas faciei, 2 Decubitus, 2 Eklampsie, 5 Psychosen, 2 Intermittens, 3 Rheumatismus artic.

Die Hauptbehandlung der erkrankten Wöchnerinnen bestand in Irrigationen der Scheide und des Uterus (dieselben wurden auch prophylaktisch gemacht). Innerlich wurde Natron salicylicum, bei hohem Fieber in Verbindung mit Chinin und Säuren gegeben. Gegen Entzündungserscheinungen wurde die constante Eisblase und locale Blutentziehung geringen Grades, als Resorbens bei Exsudaten Jodkalium, hydropathische Umschläge, Jodtinctur, Abführmittel und Bäder angewandt. Bei Blutungen bewährten sich die heissen Irrigationen der Gebärmutterhöhle, in den meisten Fällen allerdings in Verbindung mit Secale verordnet, sehr gut. **Runge** (Berlin).

Casuistik.

22. **Piron.** Obliteration des Cervix in der Schwangerschaft.
(Journ. de med. et de Chirurgie 1878. p. 411.)

Eine aus dem 1. Wochenbett stammende »Metritis granulosa« wird mit energischen Aetzungen (Höllenstein in Substanz) behandelt; trotzdem neue Schwangerschaft, die aber erst nach 7monatlichem Bestehen entdeckt wird; die Aetzungen werden sofort ausgesetzt. Die kurz ante terminum angestellte Untersuchung ergiebt die gefürchtete totale Verwachsung des Cervicalcanals. Ein Versuch, dieselbe mit dem Messer zu trennen, gelingt weder jetzt noch nach Eintritt der Wehen. Deshalb wird das untere Uterinsegment von der Scheide her eröffnet (»Hysterotomie vaginale«) und nach genügender Erweiterung dieser Oeffnung durch die Wehen das lebende Kind mit dem Forceps extrahirt. Wochenbett normal. Die Oeffnung blieb bestehen. **Schwarz** (Halle a/S.).

23. **Toeplitz** (Breslau). Beitrag zur Totalexstirpation des carcinomatösen Uterus nach der Freund'schen Methode.
(Breslauer ärztliche Zeitschrift 1879. No. 3.)

T. veröffentlicht zwei Fälle von Totalexstirpation bei denen er Prof. Freund assistirte. Der erste betraf eine 52jährige Virgo, die seit 2½ Jahren an irregulären Blutungen litt. Portio vag. frei, Corpus uteri bedeutend vergrössert.

Die mikroskopische Untersuchung der, nach Incision und Dilatation des Os uteri, aus der Uterushöhle entfernten Massen ergab das Gefüge eines zellenreichen Cylinderepithelial-Carcinoms.

Operation unter aseptischen Cautelen, aber ohne Spray. Tod 30 Stunden post op. Herzparalyse. Section ergiebt Verfettung der Herzmuskulatur und alte hämorrhagische Nephritis. Bauchhöhle völlig frei.

Im II. Falle wurde bei einer 37jährigen Frau, die drei Mal abortirt und sechs Mal rechtzeitig geboren hatte, eine starke carcinomatöse, im Zerfall begriffene Portio vag. constatirt. Blutungen seit 14 Monaten im Anschluss an das letzte Puerperium, seit 4 Monaten ohne Unterbrechung.

Die Operation verlief ohne besondere Zwischenfälle. Der Krankheitsverlauf wurde durch einen Abscess im unteren Wundwinkel gestört. Nach 6 Monaten völliges Wohlbefinden. Kein Recidiv.

Die mikroskopische Untersuchung ergab neben dem tubulären Carcinom der Portio ein isolirtes carcinomatöses Ulcus im Fundus.

In beiden Fällen war die Sicherung gegen Blutung durch Unterbindung der Ligg. lata von der Scheide aus nicht vollständig gelungen, einzelne Gefässe mussten isolirt unterbunden werden.

Den Beschluss des Aufsatzes bildet eine Besprechung der von Freund angegebenen Modificationen der Operation. Bei der Inversion der Ligg. lata hat Freund die Unterbindungsfäden nicht einfach geknüpft, sondern an Drehstäbe, die oben ein Oehr tragen, befestigt. Bei durch parametritische Infiltration verkürzten Bändern lässt Freund die Stümpfe nach Schröder's Vorgang in der Peritonealhöhle zurück. **Bruntzel** (Breslau).

24. **William Alexander.** Uterus-Exstirpation wegen Carcinom.
(Med. times and gaz. 1879. Vol. I. No. 1489. p. 37.)

Die vom Verf. im Arbeitshause zu Liverpool an den dort stets vorhandenen Uterus-Carcinomen gemachten Erfahrungen hatten ihn zu dem Resultate gebracht, dass alle bisher üblichen Behandlungs-Methoden des Leidens unzureichend seien und nur die frühzeitig vorgenommene Total-Exstirpation des Uterus Erfolge verspreche, falls es gelänge, sie gefahrloser als bisher auszuführen. In Folge dieser Anschauungen hatte er daher ein Referat über die Freund'sche Operations-Methode resp. deren glückliche Ausführung mit Freude begrüsst und war sofort nach vorheriger Einübung am Cadaver zu einer solchen geschritten. Die betreffende Pat., eine Prostituirte, war stets gesund gewesen, bis im letzten Mai heftige Blutungen und vehemente Schmerzen die Entwickelung eines Uterus-Carcinoms einleiteten; wegen der Schmerzen war Pat. gern zur Operation bereit, welche wegen des noch vortrefflichen Allgemein-Zustandes und der völligen Gesundheit aller Organe, sowie der freien Beweglichkeit des auf das 2—3 fache vergrösserten Uterus nach allen Seiten die besten Chancen zu bieten schien.

Am 9. November a. pr. wurde nach gehöriger Vorbereitung unter antiseptischen Cautelen die Operation nach Freund vorgenommen. Da die Starrheit der Hautdecken in Folge beträchtlicher Entwickelung des Panniculus die Heraushebelung des Uterus durch eine Incision von gewöhnlichen Dimensionen nicht erlaubte, wurde dieselbe bis zur Mitte zwischen Nabel und Proc. ensif. verlängert. Sonst trat keine Abweichung von den Freund'schen Vorschriften ein, nur musste wegen der Ausdehnung der Erkrankung die oberste Faden-Schlinge nach aussen statt nach innen vom Ovarium rechterseits vorbeigeführt und dieses also mitgefasst werden, auch wurde ein susspectes Stück der vorderen Vaginalwand mit entfernt. Während des Nähens der Incisionswunde stellten sich plötzlich Zeichen von Collaps ein und alle angewandten Mittel vermochten nur eine vorübergehende Besserung herbeizuführen, aber den nach $1^1/_2$ Stunden eintretenden Tod nicht zu verhindern. Da der Blutverlust unmöglich der Grund des letalen Ausganges sein könne, raisonnirt nun A., so sei entweder die angewandte Quantität Aether — die Angabe, wie viel und wie lange? fehlt — oder »Shok« anzuschuldigen. Er ist der Ansicht, dass es sich um letzteren gehandelt habe, welcher auch früher so häufig bei ähnlichen Operationen eingetreten sei und glaubt, der Sache selbst, an welcher er nicht verzweifelt, besonders durch Veröffentlichung auch eines unglücklichen Ausgangs zu dienen.

Lühe (Stralsund).

25. **J. Stewart** (Brucefield, Ontario). Laparohysterotomie mit Entfernung beider Ovarien, wegen Uterusfibroid. Tod an septischer Peritonitis. (Canada Lancet 1878. October 1.)

Pat., 38 Jahr, 1 Kind, 4 Fehlgeburten. Geschwulst seit fast 2 Jahren bemerkt. Nabelumfang $46^1/_2$". Indicationen zur Operation sind, rasches Wachsthum der Geschwulst, abnehmende Kräfte. Operation antiseptisch; langer Einschnitt, bedeutende Beckenadhäsionen, besonders an Blase. Kettenecraseur um den Stiel zur Controlirung der Blutung, dann Ausschälung der Geschwulst; Durchstechungsligatur des Stieles und Entfernen aller darüber liegenden Theile. Versenkung des Stieles Seidennähte, Drainageröhre im unteren Wundwinkel. Antiseptischer Verband. Operation $2^1/_2$ Stunden. Nach etwa 48 Stunden übelriechender Ausfluss aus dem Drain; Tod an septischer Peritonitis am 4. Tage, Gewicht der entfernten Masse

25 Pfund. Festes, interstitielles Fibroid. Bei der Section fand man den Cervicalcanal für den kleinen Finger durchgängig, obgleich Verf. geglaubt hatte vollständigen Verschluss erzielt zu haben. **P. F. Mundé** (New-York).

26. **W. F. Atlee** (Phila). — Laparotomie in einem Falle von Extrauterin-Schwangerschaft; Entfernung des todten Kindes; Heilung.

27. **R. P. Harris** (Phila). Ergänzende Bemerkungen über die Wichtigkeit einer frühzeitigen Operation und die Gefahren der alten Methode des Wartens auf Naturhülfe. (Americ. Journ. med. Soc. 1878. Oct.)

Pat., I para, 35 Jahr alt; 15 Jahr verheirathet, steril. Letzte Menstruation April 1877. Zeigte bald Schwangerschaftssymptome; starke Metrorrhagie mit Ausstossung einer Membran in der 6. Woche. 30. Juni heftiger Unterleibsschmerz, Collapsus, Peritonitis, allmälige Besserung, obschon Pat. während der ganzen Schwangerschaft an mehr oder weniger heftigen Unterleibsschmerzen litt. Bewegungen des Kindes mehr nach hinten, gegen das Rectum zu, zuweilen in der Blasengegend. Grosser Hängebauch, in dem das Kind beim Gehen auf den Schenkeln ruhte. Die Kindesbewegungen hörten am 10. Januar 1878, kurz vor dem normalen Schwangerschaftstermin auf. Am 1. Februar Menstruation, regelmässig bis Operation 18. Mai, welche besonders wegen der geistigen Unruhe der Pat. über ihren Zustand unternommen wurde, denn ihr Allgemeinbefinden war gut. — Das Kind lag in einer künstlichen von der Peritonealhöhle fast abgeschlossenen Eihöhle, mit welcher ersteren sie nur durch eine kleine Oeffnung am Boden der Höhle communicirte, durch welche sich eine Darmschlinge zeigte. Das Kind wurde leicht entfernt, die Nabelschnur abgeschnitten, und aus dem unteren Wundwinkel hängend gelassen, ohne nach der Placenta zu sehen. Eine Drainageröhre wurde eingelegt. Offenbar war die Schwangerschaft eine secundäre abdominale, zur Zeit des Collapsus in der 10. Woche aus einer Tubenschwangerschaft entstanden. Pat. machte eine rasche Reconvalescenz durch. Ein käsigeitriger Ausfluss aus der Wunde dauerte noch etwa 3 Wochen fort, die Nabelschnur fiel am 6. Tage ab. Antiseptische oder andere Injectionen in die Wunde wurden nicht gemacht.

So weit Atlee, Harris (der Consiliarius war) folgt nun mit weitläufigen Betrachtungen über die Rathsamkeit der operativen Entfernung des Eisackes und Unterbindung der blutenden Gefässe nach Ruptur bei früher Tubenschwangerschaft (falls die Diagnose sicher gestellt werden kann); ferner führt er 4 Fälle, davon 3 aus seiner Bekanntschaft, an, in denen das zu lange Warten bei weit vorgeschrittener Extrauterinschwangerschaft nach Tod des Kindes, den Tod der Mutter an Septikämie zur Folge hatte; und schliesst mit der Meinung, dass Erfolge, wie sie Thomas, Jepson und Atlee bei frühzeitiger Entfernung der extrauterinen Frucht gehabt haben, dieser Operation — aber vorzüglich durch die Bauchdecken — eine weitere Verbreitung verschaffen sollten. — Von historischem Interesse ist noch, dass, nach Harris, William Turnhill in England im Jahre 1791 zuerst anrieth, die Expulsion der Placenta nach der Operation der Extrauterinschwangerschaft der Natur zu überlassen; und dass Charles Mc Knight in New-York etwa um das Jahr 1792 die erste Operation in Amerika ausführte, durch welche 22 Monate nach der Empfängniss ein extrauterin gelagerter todter Fötus erfolgreich durch die Laparotomie entfernt wurde. Die Placenta wurde ungestört gelassen.

P. F. Mundé (New-York).

28. **Boye.** 23 Ovariotomien, in den Jahren 1876—1878 ausgeführt.

(F. Howitz, Gynäk. og obst. Medd. 1878. Bd. II. Hft. 1. p. 1.)

Verf. hebt hervor, dass er im genannten Zeitraume niemals die Operation verweigert kat, wenn nicht die Pat. eben moribund waren. Mehrere Pat. sind im Stadium äusserster Debilität operirt worden und haben doch selbst schwierige Operationen glücklich durchgemacht. Von den 23 Operirten starben 5, darunter 2 an Collaps und leichter Peritonitis (Versenkung des Stiels 1 Mal mit Catgutligatur 1 Mal mit Kautschuckligatur, siehe unten); die übrigen 3 merkwürdiger Weise an Tetanus (2 Mal Klammer, 1 Mal Versenkung mit Catgutligatur), am 8., 15. und

9. Tage nach der Operation. Vor dem Ausbruch der Krankheit hatten die Pat. eines trefflichen Befindens sich erfreut.

Die Erklärung dieser ungemeinen Häufigkeit der bei Ovariotomirten sonst relativ selten beobachteten Krankheit ist dem Verf. nicht möglich. Zwar wurde ihm zur Zeit des ersten Falles von einem anderen Tetanusfalle in derselben Gegend[1]) berichtet, und die Krankheit soll gleichzeitig unter den Hausthieren ungewöhnlich häufig vorgekommen sein; dergleichen konnte aber für die beiden anderen Fälle nicht nachgewiesen werden. Als muthmassliche Causalmomente werden angegeben: dass **Pat.** während und nach der Operation in dem Erdboden dicht anliegenden Zimmern sich aufhielten; am Tage des Ausbruches der Krankheit sind die Zimmer gelüftet worden, jedoch mit grösster Vorsicht und bei schönem Wetter; Stielbehandlung durch Klammer in 2 Fällen, in dem einen ausserdem sofortige Drainage der Bauchwunde, hat Irritation des Peritoneums vielleicht bewirkt.

Verf. hat später alle Lüftung der Zimmer während den ersten 14 Tagen nach der Operation vermieden, dagegen hat er das Operationszimmer nicht wechseln können und keine weitern Unfälle erlebt. Stielbehandlung durch Klammer ist im Ganzen 4 Mal instituirt worden, sonst Versenkung des Stiels.

Die gewöhnliche Unterbindung durch Catgut oder Seide findet Verf. zeitraubend, weil bei dicken Stielen oft mehrere Ligaturen nothwendig sind und die Stichwunden nicht selten hartnäckig bluten; sie sichert ausserdem nicht immer vor Nachblutung. Deshalb wurde Unterbindung des Stiels mittelst dicken Silberdrahts versucht (5 Mal), derselbe zeigte sich aber bisweilen schwierig zu appliciren und gab zudem in zwei Fällen zur Bildung von Beckenabscessen Anlass. Verf. hat daher bei seinen letzten 6 Operationen eine Ligatur mit Kautschuckröhren (gewöhnliche Drainröhre) angewendet. Das wohl desinficirte Kautschuckrohr wird durch eine Peritonealfalte an 2 entgegengesetzten Seiten des Stiels geführt, die Enden des Rohres werden dann neben einander gelegt, stark gezerrt und mittelst eines Seidenfadens von einem Gehülfen ligirt; bei dickem Stiele wurde das Kautschuckrohr durch denselben gestochen und zu beiden Seiten unterbunden. Nachher wird die Cyste entfernt und das Kautschuckrohr dicht an der Unterbindungsstelle abgeschnitten.

Verf. findet diese Ligatur vortheilhaft, weil sie 1. ebenso schnell angelegt werden kann als die Klammer, 2. sehr sicher wirkt bei der continuirlichen Compression des Gummirohres, und 3. in keinem der 6 Fälle Reaction bewirkt hat. Dasselbe Verfahren hat er auch bei dicken Adhärenzen angewendet. —

Auch die sofortige Drainirung der Bauchwunde gleich nach der Operation hat Verf. verlassen, weil er sie für überflüssig hält; das Drainrohr wird schnell abgekapselt und die nachherige Ausspülung des Bauchfells daher illusorisch. Dagegen meint er durch sehr starke Compression des Unterleibs mittelst Heftpflasterbänden, über eine dicke Wattelage applicirt, eine zu reichliche Exsudation im Peritoneum zu verhüten oder deren Resorption zu beschleunigen. Die 16 letzten Operationen wurden unter Spray ausgeführt (darunter 2 Tetanusfälle und die 2 Todesfälle von Peritonitis); bei den ersten 7 Operationen wurde Spray nicht angewendet.

Storch (Copenhagen).

29. **A. Rauber.** Gastrodidymus des Lachses.

(Virchow's Archiv Bd. LXXV. p. 553.)

Ein sehr frühzeitiges Exemplar. Auf einem 7 mm im Durchmesser haltenden Eie befindet sich eine $3^1/_2$ mm breite Keimscheibe. An genau entgegengesetzten Punkten des Keimrings, also 180° auseinander liegend, beginnt die Entwickelung zweier Köpfe.

Ahlfeld (Leipzig).

30. **Lindemann** (Münster). Zur Casuistik der angebornen Anomalien der weiblichen Genitalien.

(Allgemeine med. Centralzeitung 1878. No. 65. August 14.)

1) Eine 26jährige, seit 4 Jahren verheirathete Frau, die den Coitus nur unvollkommen vollziehen konnte, consultirte den Verf. wegen Sterilität. Molimina

[1]) Verf. wohnt auf dem Lande, im südlichen Jütland.

menstrualia waren nie aufgetreten, kein Geschlechtstrieb, keine wollüstige Empfindung beim Coitus. Die Labia majora normal entwickelt, die minora und Clitoris dürftig. Die Scheide endigte als 1/2" langer Blindsack, der sich durch Druck auf 1—2" verlängern liess. Von Uterus und Ovarien fand sich auch bei combinirter Untersuchung keine Spur.

2) Ein 18jähriges Mädchen hatte 4—5 Mal Molimina menstrualia, kolikartige Schmerzen im Unterleib, hatte noch nie Menses gehabt. Die äusseren Genitalien waren normal, der Hymen völlig verschlossen, nach Incision desselben entleert sich 1/2 Quart theerartiger Flüssigkeit. 1 Jahr später wurde Pat. gravida.

Fehling (Stuttgart).

31. **R. Herdegen** (Stuttgart). Zur Casuistik der Fibromyome des Uterus. (Württemb. med. Correspondenzbl. 1878. No. 40.)

1) Pat., Nullipara, menstruirt seit ihrem 18. Jahre regelmässig, 4 wöchentlich. Seit 2 Jahren bemerkte sie in der Unterbauchgegend durch die Bauchdecken fühlbare Knoten, später zeitweise ohne bestimmte Ursache auftretende Schmerzen. Seit 2 Monaten rasche Zunahme des Leibesumfanges. Vor 3 Tagen traten nach Wäsche Krämpfe im Unterleib ein und wurde von da an Stuhl nur noch nach Ricinusöl und unter Schmerzen entleert, ebenso war die Urinentleerung vermindert und sehr erschwert.

Bei der Untersuchung zeigte der Bauch über dem Nabel einen Umfang von 90 cm. Keinerlei Schwangerschaftszeichen. Mitte und Flanken des Unterleibes waren bis 3 Finger unter den Rippenrand von einer gleichmässigen dunkel fluctuirenden Geschwulst ohne bestimmte Contouren ausgefüllt; Percussionsschall gedämpft; Auscultation negativ. Rechts über dem Schambeinast ein handtellergrosser isolirter Tumor. Das kleine Becken durch eine feste, unbewegliche einem Kindskopf ähnliche Geschwulst ausgefüllt, Scheidentheil nicht zu fühlen. Nach Entleerung von 3 Litern Harn liess sich an Stelle der fluctuirenden Geschwulst ein fast ebensogrosser derber unebener Tumor abtasten; deutliches Gefässgeräusch. In der Narkose wurde dann auch der Muttermund hoch zwischen Schambein und Tumor gefühlt. Die Diagnose wurde auf multiple Fibrome, eins mit Einklemmung, gestellt, und von Scheide und Mastdarm aus Repositionsversuche mit Erfolg gemacht. Nachdem konnte man 3 isolirte Fibrome unterscheiden. Pat. wurde auf ihren Wunsch vorläufig entlassen. Von einer weiteren Therapie wurde abgesehen, da der Erfahrung gemäss, Ergotin nur bei submucösen und interstitiellen Fibromen bei Vorhandensein eines noch contractionsfähigen Uterus etwas leistet, und die Laparotomie nach den bisherigen Resultaten noch eine zu grosse Mortalitätsziffer erreicht um ihre Ausführung anders als in ganz dringenden Fällen zu gestatten. Gegen eine neue Einklemmung wird das Wachsen des Tumors selbst am besten schützen.

2) 43jährige Frau, 5 Mal geboren, 2 Mal abortirt, früher regelmässig menstruirt, seit 1/2 Jahr zu häufig und sehr profus. Aus der dicken klaffenden Portio ragt eine taubeneigrosse, breit an der vorderen hinteren und linken Seitenwand der Cervix sich festsetzende und nur die rechte Seitenwand freilassende Geschwulst hervor. Nach 4 Wochen Operation. Der Tumor war bedeutend tiefer getreten. Die Schleimhaut wurde mit einem Scalpell eingeschnitten und die Geschwulst mit dem Finger von ihrer Unterlage losgeschält. Es wurde dabei in der rechten Uteruswand noch ein kleines subseröses Fibroid constatirt.

Die Heilung wurde durch eine pericervicale Blutung, die eine Hämatocele extraperitonealis bildete, verzögert, war jedoch vollständig. Menses normal.

Die Geschwulst zeigte schalig angeordnete Bindegewebszüge; mikroskopisch fast nur Bindegewebe, spärliche Gefässe und eingelagerte Zellen in geringer Zahl.

Schellenberg (Leipzig).

32. **Blacher** (Petersburg). Noch ein Beitrag zum Baue der menschlichen Eihüllen. Mit 4 Abbildungen.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 1.)

Verf. hält fest an der schon im 10. Bande dieses Archivs ausgesprochenen Ansicht, dass die Hauptrolle bei der Entwickelung der Eihüllen dem Gefässsysteme

zufalle, welches hierbei alle Entwickelungsstufen vom jungen Capillarrohre bis zum atheromatösen Gefäss des Alters durchlaufe. Er theilt hier ausführlich die histologischen Befunde mit, welche dafür sprechen, dass das Mantelgewebe der Chorionzotten ein junges Endothel sei und einen integrirenden Bestandtheil des cavernösen Gewebes der Placenta bilde. **Schwarz** (Halle a/S.).

33. **D. C. Mc. Callum** (Montreal). — Beschreibung der verwachsenen Zwillinge, Marie-Rosa Drouin.

(Canada med. and Surg. Journ. 1878. October.)

Die Kinder wurden am 28. Februar 1878 zu St. Benoit, Canada, geboren. Mutter, 26 Jahr alt, II Gebärende. Bei der 7 Stunden dauernden Entbindung war nur eine Hebamme zugegen. Erst wurden Kopf und Rumpf des 1. Kindes geboren, dann bald dessen Extremitäten, und sogleich danach Rumpf und Kopf des 2. Kindes. Als die Kinder im April 1878 von Verf. untersucht wurden, fand er beide kräftig und gesund. Die getrennten Oberkörper stehen fast rechtwinkelig von dem gemeinschaftlichen Rumpftheile ab, das linke Kind, Marie, ist heller und stärker als das rechte, Rosa. Die Verbindung findet am unteren seitlichen Theile des Thorax statt, unterhalb dieser Stelle ist nur ein weibliches Kind vorhanden, nur ein Unterleib, eine Genitalfissur und zwei Beine. Die falschen Rippen und Proc. xyphoideus sind getrennt; die Wirbelsäule ebenfalls bis kurz oberhalb des Beckens. Von dem Ende jeder Wirbelsäule erstreckt sich eine tiefe Furche bis nahe an den After. Zwischen diesen beiden Furchen, 7 cm von der Vereinigungsstelle der Wirbelsäulen, und etwa 10 cm vom After, erhebt sich eine fleischige Masse, 13 cm lang, welche spitz zuläuft, ein Gelenk und einen Nagel besitzt, und leicht als rudimentäre Extremität zu erkennen ist. Dieselbe ist sehr empfindlich und reagirt lebhaft auf Reiz. Die Athembewegungen sind nicht synchronisch, ebensowenig die Herzcontractionen, indem Marie's Herz 128, Rosa's 133 Schläge per Minute hat. Jedes Kind scheint sein eigenes Hungergefühl zu besitzen, und jedes schläft und schreit unabhängig von dem anderen. Die seitlichen Hälften des Unterleibes und die unteren Extremitäten, sowie die grossen Schamlippen entsprechen in ihrer Entwickelung derjenigen des Kindes derselben Seite. Es ist somit zweifellos, dass die spinalen, respiratorischen, circulatorischen und Verdauungssysteme beider Kinder vollkommen verschieden sind. (Diese Kinder wurden im letzten Frühsommer hier in New-York ausgestellt; damals waren sie gesund. Ob sie noch leben, ist Ref. unbekannt.)

P. F. Mundé (New-York).

34. **T. Gaillard Thomas** (New-York). Sechs Fälle von Abdominalschwangerschaft. (Americ. Journ. med. Sc. 1879. Jan.)

Verf. berichtet über 6 Fälle von Abdominalschwangerschaft, welche ihm neben 7 Tuben- und 2 Interstitialschwangerschaften in seiner Praxis vorgekommen sind. Von den 6 Fällen endigten 2 durch Ausstossung der Fötalknochen per Rectum mit Genesung der Mütter, einer ist noch unter Beobachtung (Pat. erst jetzt im 6. Schwangerschaftsmonat), und bei 3 wurde der todte ausgetragene Fötus durch die Laparotomie extrahirt mit Genesung der Mütter. (Diese letzten 3 Fälle — die Crême der Arbeit — sind übrigens alle schon in den Verhandlungen der New-Yorker Geburtsh. Gesellschaft im Amer. Journ. Obstetrics gedruckt erschienen. Ref.) Diese letzteren Fälle sind kurz folgende: 1) Pat., 26 Jahr, 1 Kind vor 5 Jahren, 2 Aborten. Anamnese ergab undeutliche Symptome von Extrauterinschwangerschaft, welche, als Verf. Pat. sah, in den 11. Monat sein musste. Aspiration von 8 Liter einer seropurulenten Flüssigkeit, in welcher die sogenannten Eierstockskörper gefunden wurden. Es liess sich nun ein frei in der Peritonealhöhle schwimmender Körper erkennen, der leicht als Fötus zu bestimmen war. Laparotomie wegen septischer Erscheinungen. Peritoneum sehr verdickt, Kind leicht extrahirt; Nabelschnur diffus in die linke Fossa iliaca inserirt, von eigentlicher Placenta keine Spur. Drainage-

röhre, Silberdrähte. Kind weiblichen Geschlechts. Sofort sanken Puls und Temperatur. Unter antiseptischen Injectionen, welche durch aus Eiteransammlung entstehende wiederholte Fieberexacerbationen nöthig gemacht wurden, ging Pat. einer raschen Reconvalescenz entgegen. Die Bauchwunde blieb offen, bis plötzlich 5 Wochen nach der Operation die fötide Placenta hervorgetrieben und entfernt wurde, und sich dann die Wunde schloss. 2) Pat., Negerin, 24 Jahr, 1 Kind. Bauchhöhlenschwangerschaft von 17 Monaten Dauer. Die aspirirte Bauchhöhlenflüssigkeit zeigte wieder den Eierstockskörper. Laparotomie, Kind weiblichen Geschlechts, 9 Pfund schwer; todt, aber unzersetzt; kurze umwundene Nabelschnur; Placenta an der vorderen Bauchwand ungestört gelassen. Dauer der Operation 24 Minuten. Carbolinjectionen an und nach dem 4. Tage wegen Ansammlung von zersetzter Flüssigkeit in der Eihöhle. Am 14. Tage Ausspülung eines Placentarstückes, ebenfalls am 18. und 22. Tage. Am 40. Tage kehrte Pat. in ihre Heimath zurück. Placentarrest noch adhärent, vermuthlich permanent, Bauchwunde fast geschlossen. 3) Bauchhöhlenschwangerschaft von 22 Monaten Dauer. Pat., 21 Jahr, 1 Kind, im Wochenbette Beckenabscesse. Letzte Menstruation Mitte Juli 1876. Die Zeit der erwarteten Niederkunft ging vorbei ohne weitere Entwickelungen als Wehen und häutige Abgänge aus der Vagina. Nach etwa 15 Monaten fing ein übelriechender Ausfluss aus der Vagina an, in dem allmälig einzelne Knochen erschienen. Allmälig stellten sich septische Erscheinungen ein, welche Pat. sehr schwächten und eine baldige Operation indicirten. Der Eisack war an die Bauchwand angelöthet und communicirte nicht mit der Peritonealhöhle. Beim Entfernen der Knochen des Fötus wurde jedoch durch Ziehen an einem adhärenten Knochen der Sack zerrissen und dem äusserst übelriechenden Sackinhalte (derselbe war so fötid, dass Ref. und Andere kaum im Zimmer bleiben konnten) Zutritt in die Peritonealhöhle gegeben. Die hintere Wand des Sackes wurde nun in ihrer Länge gespalten, und die Bauchhöhle antiseptisch ausgespült. Drainageröhre, Schliessung der Wunde. Trotz dieser ungünstigen Aussicht machte Pat. unter sorgfältiger Antisepsis eine fast ununterbrochen günstige Reconvalescenz und war schon am 8. Tage ausser Gefahr. — Als Resultat seiner Erfahrungen zieht Verf. folgende Schlüsse betreffs der Therapie bei Bauchhöhlenschwangerschaft: 1. Sollte die Diagnose auf Grav. abdom. noch vor dem normalen Schwangerschaftstermin gemacht werden und das Kind lebend sein, so soll dessen Wachsthum sorgfältig controlirt und das Ende des 9. Monats abgewartet werden, um dann durch Laparotomie oder Elytrotomie ein lebendes Kind aus einer lebenden Mutter zu enfernen. 2. Ist das Kind früh in der Schwangerschaft gestorben, so ist ein exspectatives Verhalten angezeigt, doch nicht bis zum Entstehen von septischer Infection. 3. Ist der normale Schwangerschaftstermin vorbei und das Kind noch unverändert in seiner unnatürlichen Lage, so soll man erst Zeichen einer constitutionellen Störung abwarten, und tritt diese ein schnell und entschieden mit operativer Hülfe bei der Hand sein.

P. F. Mundé (New-York).

Berichtigung.

Herr Dr. Lebedinsky (St. Petersburg) bittet um Berichtigung seiner p. 109, No. 5, gemachten Angaben. Es muss daselbst Zeile 15 heissen: »Einige runde zeigten bei einer Grösse von **0,0125** mm körnigen Inhalt und grosse Kerne. Andere hatten eine weniger regelmässige, annähernd ovale Gestalt, mit einem **0,035** mm langen grössern Durchmesser, wobei der kleinere Durchmesser **0,015** mm betrug und enthielten zahlreiche Kerne. Endlich fanden sich Zellen mit ein, zwei und mehreren Ausläufern, mit einem längeren Durchmesser von **0,0275** mm — **0,0225** mm und einem kürzeren von **0,0175** — **0,0125** mm«.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S. (Alte Promenade), an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart (Alleenplatz 3), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

// Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Dritter Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 15 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 9. **Sonnabend, den 26. April.** **1879.**

I. Zur Abnabelungsfrage.

Von

Leopold Meyer,

Assistenzarzt am königl. Gebärhause zu Kopenhagen.

In einem kleinen Aufsatze: »Ueber die Blutmenge der Placenta« (Centralbl. für Gynäkologie 1878 No. 10) habe ich versprochen, weitere Beiträge zu dieser Frage zu geben, und diese sind mit dem Titel »Bidrag til Navlingsspörgsmaalet« in »Howitz: Gynäkol. og obstetr. Meddelelser.« 1878, Bd. II. Hft. 1 erschienen. Da dieser Aufsatz Dänisch geschrieben ist, ist er dem grösseren Publicum in extenso unzugänglich, und da er noch nicht hier im Centralblatte referirt worden ist, haben die später erschienenen Arbeiten

über diesen Gegenstand, wie von Hofmeier (Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäk. Bd. IV. Hft. 1) und Ribemont (Ann. de gynéc. IX. Févr.) diesen nicht berücksichtigen können. Da die genannten Verff. zu anderen Resultaten wie ich, gekommen sind, und da die Frage ja von einer grossen Bedeutung ist, habe ich es für richtig gehalten, meinen Beitrag hier dem ärztlichen Publicum vorzulegen.

Ich werde hauptsächlich nur die Gewichtsverhältnisse der Kinder berücksichtigen. Ich habe 40 Kinder gewogen, 20 spät und 20 früh abgenabelte. Alle waren gesund und auch die Mütter haben nichts oder so gut wie nichts Abnormes dargeboten, auch nicht von Seite der Papillen. Die Durchschnittsgewichte waren:

	Spät.	Früh.	Differenz.
Anfangsgewicht	3203 g	3268 g	65 g
1. Tag	3128 -	3188 -	60 -
2. -	3013 -	3069 -	56 -
3. -	2990 -	3085 -	95 -
4. -	3054 -	3134 -	80 -
5. -	3094 -	3192 -	98 -
6. -	3141 -	3233 -	92 -
7. -	3181 -	3287 -	106 -
8. -	3221 -	3310 -	89 -
9. -	3261 -	3353 -	92 -
10. -	3277 -	3383 -	106 -

Das für die früh abgenabelten günstige Resultat ist doch von besonderen Umständen abhängig, indem 6 von diesen, von den spät abgenabelten dagegen nur 3 ein Anfangsgewicht über 3500 g hatten. Ausserdem waren von den früh abgenabelten 11 Knaben, 9 Mädchen, von den spät abgenabelten 10 Knaben, 10 Mädchen. Von den früh abgenabelten waren 9 Kinder von Iparae, 11 von Multiparae, von den spät abgenabelten 12 von I parae, 8 von Multiparae. Wenn wir die Kinder von über 3500 g ausser Betracht lassen, stimmen die zwei Reihen fast ganz überein und ich habe deshalb geglaubt, aussprechen zu können — im Gegensatze zu Porak auf der einen, Budin, Schücking, Zweifel, Hofmeier, Ribemont auf der anderen Seite — dass der Zeitpunkt der Abnabelung keinen, oder jedenfalls in Vergleich mit den übrigen Momenten so gut wie keinen Einfluss auf die Gewichtsverhältnisse der Kinder ausübt. — Hofmeier will nun nicht Rücksicht auf die Verhältnisse an einem bestimmten letzten Tage nehmen, sondern sieht, an welchem Tage die Kinder das höchste Gewicht erreichen, »besonders — sagt er — weil die in den späteren Tagen so häufigen Brustaffectionen der Mütter Schwankungen und Ungleichheiten in dem Gewicht der Kinder herbeiführen.« Diesem Uebelstand habe ich von Anfang her dadurch zu entgehen gesucht, dass ich nur die Kinder mitgenommen habe, deren Mütter bis zum zehnten Tage ganz gesund blieben. Ich habe so wenigere (40), aber wie ich hoffe mehr zuverlässigere Zahlen bekommen. Denn es scheint mir nicht recht erlaubt zu sein, das Wägen des einen Kindes am 6.,

das eines anderen am 8., 9. Tage u. s. w. zu beenden, da die Kinder ja in diesen Tagen stets zunehmen sollten. Dies ist gewiss auch die Ursache, dass bei H. das höchste Gewicht der Kinder beider Klassen niedriger als das Anfangsgewicht ist (3506—3467, 3235—3233 für die spät, 3325—3294, 3387—3357 für die früh abgenabelten). Deshalb glaube ich auch nicht, dass sich aus diesen Zahlen ein sicherer Schluss ziehen lässt. Grösseres Gewicht legt H. auf die Grösse der Gewichtsabnahme in den ersten Tagen, und ihre Zeitdauer, und um einen Vergleich zu ermöglichen habe ich eine Tabelle ausgearbeitet, ganz wie H.'s Tabellen (l. c. p. 119—122), aus der ich aber hier, wegen des beschränkten Raumes, nur die Durchschnittszahlen wiedergebe.

H. findet, dass ein spät abgenabeltes Kind von 3371 g um 237 g oder 7,0 % seines Gewichtes abnimmt, während ein früh abgenabeltes von 3356 g eine Abnahme von 266 g oder 7,92 % zeigt. Meine Tabelle zeigt folgendes:

	Spät.	Früh.
Anfangsgewicht	3203,0	3267,5
Abnahme	229,0	213,0
Tag der grössten Abnahme	2,03	2,07
Höchstes Gewicht	3281,5	3390,5
Tag der höchsten Zunahme	9,45	9,15.

Im Gegensatz zu H. finde ich also eine kleinere Abnahme der früh abgenabelten. Ein spät abgenabeltes Kind von 3203 g nimmt nämlich 229 g oder 7,15 % ab, ein früh abgenabeltes Kind von 3267,5 g zeigt eine Abnahme von 213 g oder 6,52 %. Eben darin, dass H. und ich ein entgegengesetztes Resultat bekommen, kann ich nur eine Bekräftigung meines oben ausgesprochenen Satzes finden, dass der Zeitpunkt der Abnabelung eine, in Vergleich mit den übrigen Verhältnissen, nur verschwindend kleine Bedeutung hat. Auch mit Rücksicht auf den Tag, wo die Abnahme am grössten ist, zeigt sich keine Uebereinstimmung in unseren Tabellen. Hofmeier findet 1,9 Tag für die spät, 2,25 für die früh abgenabelten, ich dagegen 2,03 Tag für die spät, 2,07 Tag für die früh abgenabelten. Man muss sich doch erinnern, dass man hier grossen Täuschungen ausgesetzt ist, weil das Kind nur ein Mal des Tages gewogen wird, und der Zeitpunkt der grössten Abnahme ebensogut in den 24 Stunden, die dem Wägen, das das kleinste Gewicht zeigt, vorausgehen, wie in den 24 Stunden, die folgen, sich finden kann.

Zum Schlusse will ich nur hinzufügen, dass meine Untersuchungen über den Blutgehalt der Placenta, die durch Wiener's Untersuchungen bestätigt worden sind (Arch. für Gynäkologie Bd. XIV. p. 34), nebst Studien über die Kreislaufsverhältnisse im Nabelstrange nach der Geburt des Kindes, mir die Ueberzeugung beigebracht haben, dass die spät abgenabelten Kinder keinen nennenswerthen Zuwachs von Blut bekommen, und dass die Resultate, die durch Wägen so-

fort nach, oder eher während der Geburt gewonnen sind, auf Täuschungen beruhen, wahrscheinlich durch Zug am Nabelstrange oder etwas ähnliches hervorgerufen. Deshalb habe ich nicht bei dem Vergleiche, mit Rücksicht auf die supponirte Blutvermehrung eine gewisse Grösse — 60 g wie man z. B. vorschlägt — von dem Anfangsgewichte der spät abgenabelten Kinder abziehen können.

Kopenhagen, 17. März 1879.

II. Zur Behandlung der Mykosis vaginalis.

Von

D. Haussmann in Berlin.

Eine in dieser Zeitschrift (No. 7. 1879 p. 145—146) referirte Arbeit von Conrad über den Pruritus vulvae et vaginae muss den Eindruck erwecken, als ob mir die Schattenseiten des von mir (Die Parasiten der weiblichen Geschlechtsorgane des Menschen und einiger Thiere. Berlin 1870. p. 140—141) gegen die Mykosis vaginalis empfohlenen Cuprum sulfuricum entgangen und erst jetzt von Jenem erkannt worden wären. Zur Widerlegung dieser durchaus irrigen Darstellung wäre der Wiederabdruck von nahezu $1^1/_2$ Seiten meiner Schrift nothwendig, und erlaube ich mir daher unter Hinweis auf sie hier kurz zu bemerken, dass ich in ihr ausdrücklich die Entstehung von Schimmelpilzen auf den Lösungen der schwefelsauren Salze und speciell des Cuprum sulfuricum besprochen und ferner die schmerzhafte Anwendung und langsame, aber, wie ich noch jetzt behaupte, sichere Wirkung des letzteren erwähnt habe.

Wegen dieser Mängel des Präparates habe ich daher im Anfange des vorigen Jahres aus eigenem Antriebe durch eine 2 % Lösung der von mir (Berliner klinische Wochenschrift No 14 und 44 1878) kurz zuvor bei den wunden Brustwarzen mit Erfolg versuchten Carbolsäure in wenigen Tagen eine Mykosis vulvae et vaginae beseitigt, welche einer an Zuckerharnruhr leidenden Pat. wegen des sehr heftigen Juckens viele schlaflose Nächte verursacht hatte; eine genauere Beschreibung dieses Falles ist bisher lediglich aus äusseren Gründen unterblieben.

III. Ein Fall von Gesichtslage durch interstitielles Uterusfibrom.

Von

Dr. **Hermann Lüdicke** in Halle a/S.

Am 5. April fand ich die 32jährige Primipara B. in eklamptischen Anfällen. Es hatten 2 Anfälle stattgefunden, während meiner Anwesenheit der dritte. Der Urin, welcher vorhanden war, sah dunkel braunroth aus und enthielt — sofort im Esslöffel gekocht —

grosse Mengen Eiweiss. Aeusserlich fühlte ich links einen grossen festen Körper, den ich für einen kindlichen Rücken hielt, er setzte sich vom anderen Uterus durch eine deutlich seh- und fühlbare Furche ab. Da der Leib sehr ausgedehnt war und schon Hebamme und Ehemann an Zwillinge geglaubt hatten, so schloss ich mich dieser Hypothese an. Innerlich constatirte ich eine erste Gesichtslage, der Kopf stand noch ziemlich hoch, das Kinn war seitlich, an der Stirn war der etwas geschwollene Muttermund zwischen Kopf und Becken eingekeilt.

Da der eklamptische Anfall heftig, die Kreissende nach demselben soporös und die Wehenthätigkeit fast minimal war, entschloss ich mich, die Gefahr einer schweren Zangenoperation auf mich zu nehmen, immer mit dem Hintergedanken, dass das Kind als Zwilling trotz des Hochstandes nicht zu viel Schwierigkeiten machen würde. Schon mehrfach hatte ich bei schwerer Eklampsie, durch möglichst beschleunigte Entbindung gute Resultate gehabt und hoffte das auch in diesem Falle.

Ich musste die Zange 3 Mal anlegen, besondere Schwierigkeit machte der linke Löffel. Jedesmal zog ich mit aller Kraft, erst dann kam das Kinn nach vorn, und nun wurde der Kopf leicht entwickelt, der Damm war wenig eingerissen. Das Kind, mit erheblicher Geburtsgeschwulst auf der rechten Backe, lebte. Ein Blick auf das grosse Kind — das Gewicht wurde auf 4008 g später festgestellt — liess die Diagnose auf Zwillinge falsch erscheinen. Ich fühlte nach und konnte jetzt eine mannskopfgrosse, im Ganzen mehr ovale, feste Geschwulst in der linken Uterusseite fühlen. Diese Geschwulst verkleinerte sich im Wochenbett auffallend, während sie gleichzeitig fester wurde. Die grosse Schlaffheit der Bauchdecken gestattete jetzt eine genauere äussere und combinirte Untersuchung. Das Fibrom sass links vorn im Uterus, ragte sowohl in die Höhle hinein als nach aussen, der viel weichere Uterus war nach rechts verlagert, und man konnte den Zusammenhang bei Bewegungen deutlich constatiren. Je mehr das übrigens ganz normale Wochenbett vorschritt, um so deutlicher war das Fibrom zu umtasten. Doch blieb die Verkleinerung schliesslich stehen, als es kindskopfgross war, auch jetzt reichte der längste Durchmesser von oben nach unten.

Ich werde wohl mit Recht annehmen müssen, dass das grosse Fibrom zunächst den links liegenden Rücken lordotisch gedrückt hat, und dass dadurch secundär die Gesichtslage entstand. Denn das Becken der Frau war auffallend gross, weit und normal.

Was die Aetiologie der Gesichtslagen anbelangt, so hat man sich in der neueren Zeit mehrfach von der Annahme eines einheitlichen Grundes emancipirt. Es ist besonders das Verdienst Ahlfeld's, darauf hingewiesen zu haben, dass eine grosse Anzahl ätiologischer Momente existirt. Ahlfeld führt einen Fall an, in welchem die gefüllte Harnblase die Gesichtslage verschuldete und Brennecke und Dik sahen ebenfalls von einer durch retentirten Urin ausge-

dehnten Blase einen Einfluss auf die Kopfstellung. Diesen Fällen würde sich der meinige, was die mechanischen Effecte anbelangt, anreihen.

---

1. Einladungsschrift zur Feier des 25jährigen Bestehens der Gesellschaft für Geburtshülfe zu Leipzig.

Leipzig, **A. Th. Engelhardt.** 1879.

Die Redaction erlaubt sich der ***Gesellschaft für Geburtshülfe zu Leipzig*** *den aufrichtigsten Glückwunsch zur Feier des 25jährigen Bestehens auszudrücken, und ferneres Gedeihen zu wünschen.*

I. **Ahlfeld** (Leipzig). Die Entstehung der Acardiaci (nebst Abbildungen).

Claudius hatte in seinen Studien über die Entwickelung der herzlosen Missgeburten eine ziemlich enge Definition über die Entstehung und das Wesen derselben aufgestellt, wie schon Fälle, die zu Claudius' Zeit beschrieben waren, sowie andere, die seither beschrieben wurden, beweisen.

Die Entstehung der Acardiaci ist so zu denken, dass bei gemeinschaftlichem Chorion die Allantois des einen Embryo früher die Innenfläche des Chorion erreicht, als die des anderen, so dass die des anderen entweder nur einen ganz kleinen Theil des Chorion erreicht, oder durch die des andern durchwachsen muss, um zur Decidua vera zu gelangen. Die Umkehr des Blutlaufs in der schwächeren Frucht geschieht dann wahrscheinlich dadurch, dass sämmtliche Allantoisgefässe mit einander in Communication treten.

Diese Umkehr findet nach Verf. wahrscheinlich am 12. oder 13. Tage statt, das Herz des Parasiten geht dann nicht verloren, sondern es wird einfach durch den Blutstrom gerade gestreckt zu einem Theil der Aorta.

Zu wenig Aufmerksamkeit ist bis jetzt den Placenten geschenkt, besonders in den Fällen mit rudimentären Herzen; bei diesen letzteren inserirt die Nabelschnur marginal oder selbst auf der Placenta, bei wirklichem Herzmangel dagegen setzen die Gefässe sich in den Nabelstrang des Autositen fest.

Die Körperform des Parasiten ist um so besser ausgebildet, je vollendeter das Herz entwickelt ist. Die Brustbeinspalte ist Folge der mangelhaften Entwicklung der Rippen bei fehlendem Herzen.

Die ganze Fruchtanlage bleibt natürlich in der Entwickelung zurück, da bei anomaler Herzbildung die Blutbewegung, dadurch die Bildung und Ernährung der Organe gestört wird.

Die herzlosen Missgeburten wurden bisher eingetheilt in Amorphi, Acormi, Acephali, Verf. fügt dazu die Classe der Ancipites.

Die geringste Entwickelung zeigen die Amorphi, meist nur eine unförmliche Masse, hier ist nie ein Herz vorhanden. Bei den Acormi ist neben der formlosen Masse schon Kopfbildung vorhanden und ein rudimentäres Herz.

Bei den Acephali, der häufigsten Form, sind Spuren vom Becken

und den unteren Extremitäten. Die weitaus entwickeltste Form ist der Anceps mit Kopf sammt Schädelknochen und einem Herz, das 2 oder 4 Hohlräume enthält. Bei so weitgehender Ausbildung muss das Herz eine Zeit lang thätig gewesen sein, bei manchen sogar wahrscheinlich bis zur Geburt. Es müssen also bei der Communication mit dem kräftigen Fötus zeitweise bei einzelnen 2 Blutkreisläufe neben einander bestanden haben.

Jedenfalls ist es nöthig, fernerhin an den Placenten und den Früchten selbst durch Injection die Circulationsverhältnisse möglichst genau zu untersuchen.

II. **C. Hennig** (Leipzig). Die Wärme des gesunden Uterus während der Wehen.

Verf. hatte schon im J. 1876 Untersuchungen begonnen, um die bei den Wehen freiwerdende Wärmemenge im Uterus direct zu bestimmen. Er nahm dazu in Stahlhülsen eingekapselte Thermometer, mittelst deren $^{1}/_{100}$ ° C. bequem abgelesen werden konnte. Doch wird nicht angegeben, mittelst welcher Vorversuche Steigen des Quecksilbers in der Röhre durch mechanische Compression ausgeschlossen wurde.

Die 7 vom Verf. mitgetheilten Beobachtungen zeigen deutliche Zunahme der Intrauterintemperatur bei der Wehe, im Maximum bis zu 0,1° C., wie beigegebene Curven zeigen. Bei einzelnen Personen war im Verlauf der Wehen eine stufenweise Steigerung der Temperatur überhaupt bemerklich. Ueberfliessendes Fruchtwasser bringt eine plötzliche und anhaltende bedeutende Wärmesteigerung zu Stande. Entgegen Frankenhäuser, auf dessen in München 1877 mitgetheilte Ergebnisse Verf. ausführlich eingeht, fand H. während der stärker werdenden Wehen auch eine Steigerung der allgemeinen Temperatur in der Achselhöhle nachweisbar, während Frankenhäuser bei jedesmaliger Wehe eine Abnahme in der Achselhöhle bemerkt hatte.

III. **L. Fürst** (Leipzig). Casuistischer Beitrag zur Kenntniss von Erkrankungen der Harnorgane beim Weibe (nebst Abbildung).

Der Seltenheit wegen giebt Verf. einen ausführlichen Bericht über den interessanten Fall. Nach höchstens 8—10stündiger willkürlicher Unterdrückung der Harnentleerung erkrankte eine vorher gesunde Frau an unwillkürlichem Harnabgang, dem nach Besserung der acutesten Symptome häufiger schmerzhafter Harndrang folgte. Ca. 4 Monate hernach consultirte die Frau den Verf., nachdem sie selbst eine Geschwulst in der rechten Seite des Unterleibes bemerkt hatte, die vom Verf. zwischen Spina ant. sup. und Nabel gefunden wurde, oval, mit der Längsaxe parallel der Richtung des Poupartschen Bandes, 14 cm lang, 6 cm breit. Die Frau kam inzwischen in den Kräften stark herunter, war fieberhaft. Zusammenhang mit dem Genitalapparat liess sich ausschliessen. Eine Peritonitis, Cystitis und

Pyelitis subacuta wurde angenommen, nebst Dislocation der rechten Niere, unentschieden musste gelassen werden, wann diese Dislocation eingetreten war. Die Frau siechte noch 6 Wochen hin, bis plötzlich unter den Zeichen einer Ruptur Collaps und nach 17 Stunden der Tod eintrat.

Die Section ergab eitrige Peritonitis, die Därme untereinander und mit dem Tumor allseitig verklebt, das Colon ascendens nach links durch denselben verdrängt. Die Niere an dem schon vorher nachgewiesenen Platze, wie auch die Figur zeigt, parallel dem gänsekielfederdick erweiterten Ureter. Erweiterung des Nierenbeckens und der Kelche rechts, grosse Eiterhöhlen in der rechten Niere, kleine Abscesse in beiden Nieren. Die Schleimhaut und Muskulatur der Harnblase eitrig infiltrirt, an der Hinterwand der Harnblase entsprechend dem Grund der Excavatio vesico-uterina eine kleine Perforationsstelle.

Der Beginn aller dieser schweren, schliesslich tödtlich endenden Störungen liess sich auf nichts anderes als auf die kurze willkürliche Unterdrückung der Harnentleerung zurückführen.

Fehling (Stuttgart).

---

2. **Hofmeier** (Berlin). Der Zeitpunkt der Abnabelung in seinem Einflusse auf die ersten Lebenstage des Kindes.

(Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie Bd. IV. Hft. 1.)

Verf. giebt hier das in ausführlicher Bearbeitung, wovon er die Resultate in No. 18 des zweiten Jahrganges dieses Blattes als vorläufige Mittheilung bekannt gab. Zweifel wollte durch die erst nach der Expression der Placenta vorgenommene Abnabelung dem Kinde 100 g Blut mehr zuführen (cfr. Centralbl. für Gynäk. 1878, No. 1), Hofmeier konnte nur eine Durchschnittszunahme von 63,6 g finden. Zweifels Angaben beruhen auf nachträglichen Blutgehaltsbestimmungen der Placenta nach der Welcker'schen Methode. Verf. wog die noch nicht abgenabelten Kinder zweimal auf einer genauen Decimalwage, das eine Mal sofort nach dem Austritt aus den Geschlechtstheilen, das andere Mal nach der Expression der Placenten, welche letztere bei der späten Abnabelung etwas über 1 % leichter waren.

Verf.'s Material umfasst 2 einander controlirende Reihen von je 50 Kindern, von denen je 25 entweder nach der Expression der Placenta oder nach dem bisherigen Modus ohne Rücksicht auf die Nabelschnurpulsation abgenabelt wurden.

Die spät, nach der Placentarexpression abgenabelten Kinder verloren nach den stets vom Verf. selbst vorgenommenen Wägungen etwa 1 % ihres Gesammtgewichtes weniger als die früh abgenabelten und beginnen $^1/_3$—$^1/_2$ Tag früher an Körpergewicht zuzunehmen als die letzteren.

Die Vortheile der späteren Abnabelung: die geringere Abnahme und die frühere Zunahme sind wenig in die Augen springend, um

so mehr aber die directen Schädigungen, die andere Autoren den Kindern durch Auspressen der Placenta und wiederholtes Ausstreichen des Nabelstranges gegen das Kind hin zufügten.

Verf. hält die Frage nach dem Nutzen der späten Abnabelung in Anbetracht der so ausserordentlich complicirten Verhältnisse beim Neugeborenen und der durch die Verhältnisse der Entbindungsanstalten gegebenen Beschränkung der Beobachtungszeit noch nicht für erschöpft und meint, dass vielleicht eben in den ersten Wochen nach der Entlassung aus den Entbindungshäusern eine gewisse Reichlichkeit des Blutgehaltes für die Kinder sehr erwünscht, vielleicht auch von Einfluss auf die Entwicklung des Gefässsystems wäre.

Herdegen (Stuttgart).

---

3. **Aveling** (London). Das »Verschneiden« der Frauen. (Historisch-philologische Notiz.)

(Obstetr. Journ. of Great Britain and Irel. 1879. Jan. Bd. LXX. p. 617.)

Die Castration der Frauen ist sehr alt. Georgius Francus etc. 1673: De castratione mulierum. Heutzutage wird meist Battey die Priorität eingeräumt, doch hat J. Blundell 1823 der med. Chir. soc. eine Schrift vorgelegt, die zwar nicht Aufnahme fand in den gedruckten Verhandlungen, aber später erschien. Blundell spricht darüber, dass die Ansicht falsch sei, die Peritonitis müsse immer diffus werden, und dass überhaupt Wunden des Peritoneums nicht nothwendig gefährlich sein müssten. Demnach sei Exstirpation der gesunden Ovarien, der Ovariencysten, der krebsigen Gebärmutter, des puerperalen Uterus, eines Theils der Blase und der Niere möglich. Die Exstirpation der Ovarien sei vielleicht ein sehr gutes Mittel bei Dysmenorrhoe oder bei monatlichen Blutungen aus einem invertirten, nicht zu entfernenden Uterus. Fragen wir also, wer schlug die Operation zuerst vor, so müssen wir sagen: Blundell. Ausgeführt hat sie zuerst Hegar, und Battey hat das Verdienst, die Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf die Operation hinzulenken und sie selbst populär gemacht zu haben. Hierauf folgt ein längerer philologischer Excurs über den Namen. A. zieht den von Trenholme und Goodell gebrauchten Namen: Spaying, vom grichischen σπαω abstammend, vor. (Dies Wort müssen wir »Verschneiden« übersetzen. Allerdings gebrauchen die Engländer für Verschneiden bei männlichen Individuen to castrate, während wir das Wort »Verschneiden« sowohl für Ausrotten der weiblichen als der männlichen Geschlechtsdrüsen anwenden.)

Fritsch (Halle a/S.).

---

4. **M. Duncan** (London). Klinische Vorlesung über Ovaritis, 11. Vorlesung.

(Med. times and gaz. 1879. No. 1498. p. 277.)

Eitrige Ovaritis entsteht zuweilen als Theil-Erscheinung puerperaler Pyämie, diese wird von der Besprechung ausgeschlossen. Die

Eintheilung der Ovaritis (Oophoritis der deutschen Autoren, Ref.) in eine folliculäre und eine interstitielle Form, von grosser pathologischer Bedeutung, ist ohne klinisches Interesse, weil während des Lebens eine Unterscheidung nicht möglich ist.

Das Vorstadium zur Ovaritis bildet Ovarial-Irritation oder Neuralgie; hier sind keinerlei objective Symptome, nur Schmerz, gegen welchen sich eine Combination von Chinin mit Zink grossen Rufes erfreut.

Die eigentliche Ovaritis aber entsteht entweder acut, subacut, oder chronisch und zwar weitaus am häufigsten bei jungen Prostituirten in Folge von Gonorrhoe durch Fortleitung der Entzündung auf die Ovarien; ferner als Folge von kürzlicher Verheirathung, von Suppressio mensium, Abort und Entbindung, nach letzterer auch ohne infectiöses Puerperal-Fieber; dann nach Infectionskrankheiten, zumal Cholera, Typhus, Rheumatismus, endlich auch sehr häufig (in England! Ref.) durch Abusus Spirituosorum.

Die Diagnose ist zu stellen durch bimanuelle Untersuchung. Häufig ist das betreffende Ovarium nur empfindlich, ohne vergrössert zu sein, oder es ist intumescirt und dann der Zunahme der Schwere entsprechend in den Douglas'schen Raum gesunken, wenn es nicht durch periovaritische Adhäsionen, wie sehr häufig, fixirt ist. In Fällen letzterer Art ist die Diagnose zu stellen, wenn sich eines der hinteren oberen Viertel der Beckenhöhle fest anfühlt; in Fällen der ersteren Kategorie, wo das oder die mehr oder weniger vergrösserten und schmerzhaften Ovarien in den Douglas gesunken sind, kann Dyspareunia bestehen.

Durch stärkere parovaritische Adhäsionen wird nicht selten der Uterus fixirt oder dislocirt. Dass auch parovaritische Abscesse vorkommen, findet nur beiläufige Erwähnung.

Als besondere Ovarial-Erkrankung wird die Bildung einer oder mehrerer Cysten aufgeführt, welche an sich nicht entzündlicher Natur ist, durch den von der wachsenden Cyste ausgeübten Druck auf die Umgegend aber recht schmerzhaft sein kann. Durch Platzen solcher Cysten kann einestheils Spontan-Heilung eintreten, andererseits aber Peritonitis veranlasst werden. Wenn man diese Erkrankung auch nicht mit Sicherheit diagnosticiren kann, so schliesst D., ihre Häufigkeit kennend, sie doch mit einiger Wahrscheinlichkeit, wenn er bei der Untersuchung ein weiches, schlaffes und vergrössertes Ovarium mit unregelmässiger Oberfläche findet.

Die Behandlung — abgesehen von der jetzt aufgekommenen Castration, über welche sich D. noch kein Urtheil erlauben will — besteht vor Allem in Einhaltung möglichst absoluter Ruhe: Bettlage, Enthaltung vom Coitus etc., in acuten Fällen in der Application von Blutegeln ad Portionem oder am Inguinal-Canal, in chronischeren in Anwendung von Vesicantien auf dieselbe Stelle der Bauchwand.

Lühe (Stralsund).

5. **M. Duncan** (London). Klinische Vorlesung über Dysmenorrhoea spasmodica. No. 10 eines Vorlesungs-Curses im St. Bartholomew's Hospital.

(Med. times and gaz. 1879. vol. I. No. 1496. p. 221.)

Vorliegende Vorlesung hat die Aufgabe nachzuweisen, dass es sich bei der Dysmenorrhoe — abgesehen von entzündlichen Formen — um eine Neurose handle und zwar ist die Grundursache eine bedeutende Empfindlichkeit der Uterus-Schleimhaut am Os internum. Während eine eingeführte Sonde an dieser Stelle bei normalem Uterus nur leichten Schmerz hervorruft, ist derselbe äusserst lebhaft bei in Rede stehender Krankheit, hierdurch werden spastische Contractionen des Uterus ausgelöst, welche mit heftigen kolikartigen Schmerzen einhergehen und dem weiteren Vordringen der Sonde ein Ziel zu setzen pflegen, wenigstens für ein Paar Minuten. Dies ist in weitaus der grössten Mehrzahl der Fälle der einzige Befund, in anderen Fällen begleitet diese Dysmenorrhoea spasmodica Uterus-Fibroide, oft jahrelang ehe sie anderweitig diagnosticirbar sind; sowie alle Arten von Uterus-Deviationen; endlich, und dies sind die schlimmsten Fälle, atrophische Bildung des Uterus. Alle Erklärungen, welche die Ursache der dysmenorrhoischen Anfälle in mechanischen Ursachen, in Obstruction des Cervix, finden wollen, sind falsch, denn selbst die grösste Verengerung, die je beobachtet, bis auf Stecknadel-Weite, genügt hinreichend zum Abfluss des Menstrualblutes. Ferner lösen allerdings im Uterus retinirte Massen: Blutcoagula, Placentar-Reste Schleimpfröpfe, endlich auch die Membranen bei Dysmenorrhoea membranacea, schmerzhafte Uterus-Contractionen (Nachwehen) aus, allein diese sind nicht entfernt so schmerzhaft, als diejenigen bei der eigentlichen Dysmenorrhoe. Schliesslich ist es gleichgültig, ob bei Uterus-Flexionen das Menstrualblut einen geraden oder gewundenen Canal zurückzulegen hat, wie D. an einem Präparat zu erläutern sich bemüht.

Alle Lebensalter werden befallen, am häufigsten jedoch handelt es sich um jungfräuliche Individuen.

Während nun D. alle anderen Mittel für unwirksam erklärt, stellt er in merkwürdigem Gegensatz zu seiner Theorie die mechanische Behandlung und zwar die mit Bougies als fast unfehlbar hin. Diese Bougies sind von derselben Art wie die männlichen, nur mit etwas anderer Krümmung; er beginnt mit No. 7, steigt bis No. 11, 12 und 13 (der gewöhnliche Durchmesser des Cervicalcanals entspricht No. 9); sie werden in Zwischenräumen von einigen Tagen in allmälig steigernder Dicke eingeführt. In 1 Fall genügte zur völligen Heilung die einmalige Einführung, nur sehr selten wurde nicht wenigstens grosse Besserung erzielt. Zuweilen entsteht eine leichte Perimetritis, aber nie ist irgend eine Gefahr damit verbunden.

Dennoch räth D. bei jungfräulichen Personen diese mechanische Behandlung auf die schlimmsten Grade der Krankheit zu beschränken, in welchen der Erwerb gestört wird oder die Ernährung leidet.

Lühe (Stralsund).

---

6. S. Duplay (Paris). Vorlesungen über Cysten des Parovariums. Mitgetheilt von G. Cottin.

(Progrès méd. 1879. No. 4.)

Nach ausführlicher, im Zweck des klinischen Unterrichts begründeter Ausschliessung von Ascites, Tumoren der Milz, Leber etc. wird bei einem 23jährigen Mädchen die Diagnose auf Cyste des Parovariums gestellt und die Entwicklung dieser Krankheit als cystische Degeneration des Rosenmüller'schen Organs beschrieben. Die Differentialdiagnose zwischen Ovarien- und Parovariencysten wird durch Mehrfächrigkeit, spitzige Form des vorgetriebenen Leibes, Eiweissgehalt der durch Explorativpunction gewonnenen Flüssigkeit, in derselben enthaltene morphologische Gebilde, namentlich Becherzellen bei jenen, bei diesen durch Einfächrigkeit, gleichmässige Rundung des Leibes, eiweissfreien Inhalt ohne geformte Bestandtheile dargethan. Wichtig ist die Diagnose zwischen beiden, weil die Prognose bei Ovariencysten ungünstig ist, bei Cysten des Parovariums dagegen eine gute Aussicht auf Heilung durch blosse, unter Umständen mehrmals zu wiederholende Punction geboten ist.

Engelhorn (Winnenthal).

---

7. Wiglesworth (Liverpool). Occlusion des Os und Cervix uteri in Folge von Application von Acid. nitr.

(Obstetr. Journ. of Great Britain and Irel. Bd. LXX. Jan. 1879. p. 622.)

Playfair. (Ibidem Bd. LXXI. p. 693.) **Sloan.** (Ibidem Bd. LXXII. p. 770.)
Edis. (Ibidem p. 775.) **Wiglesworth.** (Ibidem p. 777.)

W. applicirte in einem Fall von hartnäckiger Metro- und Menorrhagie mit vollkommenem Erfolg Acid. nitr. fumans auf die Innenfläche des Uterus. Vorher war schon Arg. nitr. ohne Erfolg gebraucht. Die Menstruation blieb aus, Pat. hielt sich für schwanger und Verf. entdeckte, dass das Os uteri völlig occludirt war. Nur mit grosser Mühe gelang es bei wiederholten Versuchen, sich durch das sehr feste Gewebe mit Nadel, Troikart und Sonde hindurch zu arbeiten. Es trat Peritonitis universalis ein, am 5. Tage reichliche Menstruation und damit Nachlass der Symptome. Allmälig bessert sich das Befinden, Pat. ist jetzt nach 2 Jahren gesund, aber steril, letzteres bezieht Verf. auf die Application des Aetzmittels, warnt also in Beziehung auf eventuelle Sterilität vor der intrauterinen Application von Aetzmitteln.

In der nächsten Nummer berichtet Playfair, dass er unendlich oft intrauterine Medication angewendet, aber niemals Aehnliches wie W. gesehen habe. Namentlich Sterilität ist nicht zu fürchten. Im Gegentheil hat P. so oft der intrauterinen Medication Schwangerschaft folgen sehen, dass er einen günstigen Einfluss annehmen muss. P. empfiehlt sehr die intrauterine Behandlung, aber zur Vermeidung der Entzündung Antisepsis.

Sloan vindicirt sich zunächst das Recht eines reicherfahrenen Praktikers, da er seit Jahren täglich oft mehrmals intrauterin behandelt. Er bittet nicht zu vergessen, dass ja in dem Falle von Wiglesworth eine erhebliche Peritonitis eintrat, auf wel-

che die Sterilität bezogen werden kann. Verf. tritt warm für intrauterine Therapie ein, und hat im directen Widerspruch zu W. die Ueberzeugung, dass nach der intrauterinen Therapie besonders häufig Conception eintrete. So berichtet Verf. einen Fall von 10jähriger acquirirter Sterilität. Nachdem mehre Male — nicht als Sterilitätscur — sondern wegen Metritis und Leukorrhoe intrauterin behandelt war, trat Schwangerschaft ein.

Edis hält in hartnäckigen Fällen von Endometritis die Salpetersäure für ein sehr werthvolles Mittel, das er mit viel Erfolg anwendet. Nur in den folgenden 2 Fällen sah er üble Folgen: Nach Geburt des 5. Kindes besteht lange Zeit Menorrhagie, Dysmenorrhoe und Endometritis. Nach Application von Acid. nitr. auf die Innenfläche des Uterus, erhebliche Besserung. Nach einer ferneren Anwendung des Mittels Menstruationsbeschwerden, Schmerzen etc. Das Os externum ist geschlossen. Mit der Sonde bei äusserem Gegendruck gelingt es die Occlusion zu durchbohren, es fliessen 3 Unzen Menstruationsblut aus, Heilung. Im 2. ähnlichen Fall musste mit einem Scarificator eine kreuzweise Oeffnung geschnitten werden. Im Allgemeinen stimmt auch Edis dem günstigen Einfluss der intrauterinen Medication auf die Conception zu.

Wiglesworth sah seit dem ersten mitgetheilten Falle noch 2 andere. Im ersten war völlige Occlusion der Application von Acid. nitr. gefolgt. Nach der Eröffnung bestand Neigung zur Contraction. Im 2. Fall fand man strahlige Narben bis in die Vaginalschleimhaut ziehend, das Os liess nur einen sehr feinen Draht hindurch. Verf. sah also in kurzer Zeit 3 unglückliche Fälle, und wundert sich, dass Playfair keine derartigen Ereignisse erlebte. Uebrigens stimmt W. im Allgemeinen Playfair bei und führt selbst einen Fall an, wo ebenfalls die intrauterine Behandlung sofort von Schwangerschaft gefolgt war. Nicht zu läugnen ist, dass unzählige Frauen durch intrauterine Behandlung geheilt werden, aber es kommt auch vor, dass sich Sterilität anknüpft.

[Ref. hat seit Jahren Salpetersäure mit ausgezeichnetem Erfolg angewendet, räth aber nicht die rauchende sondern die gereinigte Säure zu gebrauchen, sie reicht vollkommen aus. Den oft wunderbar günstigen Erfolg einer intrauterinen Therapie auf baldige Conception wird jeder Gynäkologe bestätigen.]

Fritsch (Halle a/S.).

---

8. **R. Battey** (Rome-Georgia). Post-Partum-Atresie des ganzen Gebärmutter-Scheidencanals, Suppressio mensium mit qualvollen Menstrualmolimina. Castration, Heilung.

(Verhandl. der Virg. med. Soc., Virg. med. Monthly 1879. Jan.)

Pat., 33 Jahr, erlitt bei ihrer einzigen Entbindung 12 Jahr früher derartige Verletzungen, dass ein allmäliger vollkommener Ver-

schluss des ganzen Gebärmutterscheidencanals stattfand, in Folge dessen der natürliche Austrittspunkt des Menstrualblutes, die Mucosa uterina, obliterirt wurde. Da jedoch die gesunden Ovarien noch functionirten, so litt Pat. seit der Entbindung, trotz vollständigen Ausbleibens der monatlichen Reinigung, an regelmässig wiederkehrenden Menstrualmolimina, welche sich durch locale, Dysmenorrhoe-ähnliche Schmerzen, allgemeine neuralgische Beschwerden, Hysterie, Niedergeschlagenheit u. d. m. äusserten und ihr Leben ungemein qualvoll machten. Diese Leiden hatten allen angewendeten Mitteln getrotzt, obschon 2 Mal von anderen Aerzten der Versuch gemacht worden war den Genitalcanal mit dem Messer zu erweitern. Dies gelang wohl vorübergehend bis an den Cervix, doch liess sich die Verlöthung des Uterus nicht trennen; Verf. fand bei seiner ersten Untersuchung eine kleine narbige Vagina, einen kleinen retroflectirten, adhärenten Uterus, die Ovarien aber waren nicht fühlbar. Es wurde ein $2^1/_2$ Zoll langer Bauchschnitt in der Linea alba gemacht, beide Ovarien nach einander von ihren Adhäsionen gelöst, herausgehoben, abgebunden, und dann langsam mit der Ecraseurkette durchgetrennt. Die Stiele wurden ununterbunden reponirt und die Bauchwunde mit 3 Silber- und 2 Seidennähten geschlossen. Eine einfache, trockene Serviette bildete den einzigen Verband. Pat. machte eine ungestörte Reconvalescenz durch, war schon am 9. Tage auf, und hat nie wieder die geringste Spur eines Menstrualmolimens beobachtet. Alle ihre früheren Leiden waren beseitigt, und sie schrieb nach 8 Monaten, dass sie 14 ℔ zugenommen habe und vollständig gesund sei; am 15. Sept. 1878, 19 Monate nach der Operation, berichtet sie dasselbe. Die Ovarien in diesem Falle waren klein, gerunzelt, im linken ein frisches Corpus cruentum.

Verf. spricht sich entgegen einer früheren Meinung dahin aus, dass bei gehörigem Listern doch wohl der Bauchschnitt dem von ihm früher empfohlenen Scheidenschnitte, wegen grösserer Leichtigkeit und Sicherheit des Erfolges, vorzuziehen sei. Er zieht das Ecrasement des Stiels vor, doch muss man mindestens 10—12 Minuten auf die Durchreibung eines jeden Stieles verwenden. Schliesslich meint er, dass der allerdings bisher zu hohe Procentsatz von Todesfällen und Misserfolgen, theils durch Antisepsis, theils durch gehörige Würdigung und Vermeidung begangener Fehler und grössere Uebung, erheblich reducirt werden wird.

P. F. Mundé (New-York).

---

9. **Th. Dolan** (Halifax). Beitrag zu unseren Massregeln gegenüber der puerperalen Septikämie.

(The obstetr. Journ. of Great Britain and Irel. No. 68. 1878. November-Heft. p. 465.)

In dem Wochenbett-Saal des Hospitals zu Halifax beobachtete D. einen Fall von Puerperalfieber bei einer kräftigen Primipara im December 1877, welcher tödtlich verlief. Derselbe blieb vereinzelt, obgleich die Erkrankte mit 2 anderen Wöchnerinnen zusammen ge-

legen hatte, Dank den von Verf. ergriffenen Massregeln, welche in energischer Desinfection und Trennung der Erkrankten von den anderen Wöchnerinnen bestanden. Dagegen hielt es Verf. nicht für nöthig, sich selbst von Behandlung anderer Puerperae fern zu halten, indem er sich auf die scrupulöse Anwendung von Desinficientien an der eigenen Person verliess. Dass dies ausreiche, sah Verf. noch in einem anderen ähnlichen Fall in seiner Privat-Praxis bestätigt.

Uebrigens räth D. zur sicheren Vermeidung der Verbreitung des Puerperal-Fiebers die von Fritsch empfohlenen antiseptischen Massregeln. **Lühe** (Stralsund).

---

10. **Kleinwächter** (Innsbruck). Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft.

(Wiener Klinik 1878. No. 8 und 9.)

Vorliegender in Form eines Vortrages gefasster Aufsatz giebt in schulgemässer Form die wichtigsten Punkte über die Indicationen und Methoden der künstlichen Frühgeburt und des künstlichen Abortes. Die vertretenen Ansichten lehnen sich im Grossen und Ganzen an die allgemein herrschenden an, die dem Verf. eigenthümlichen sind dem Fachmann zum Theil aus seinem »Grundriss der Geburtshülfe« bekannt.

Dem Satz, dass die deutschen Geburtshelfer mit Ausnahme von Naegele, Kiwisch und Scanzoni sich bis heute ablehnend gegen den künstlichen Abort verhalten, werden wohl nicht alle Fachcollegen beistimmen. — Das enge Becken als Indication für die künstliche Frühgeburt ist relativ kurz behandelt. Die augenblicklichen Tagesfragen nach dem Werth derselben bei engem Becken, speciell die Arbeiten von Spiegelberg, Dohrn und Landau sind nicht mit in den Rahmen des Aufsatzes hineingezogen. Als alleinige Richtschnur das Maass der Conjugata vera anzusprechen, wird bekämpft. Die alte Streitfrage, ob der Mutter bei absolut engem Becken das Recht zusteht sich für den künstlichen Abort zu entscheiden, ist für den Verf. eine »müssige«, da solche Verengungen extrem selten sind, abgesehen davon, dass man solche Personen meist am Geburtsbett zuerst sieht.

Wir stimmen dem Verf. vollkommen bei, wenn er einen Versuch der Bestimmung der Grösse des Kindskopfes durch den Tastercirkel vor der Geburt als werthlos bezeichnet, können ihm aber nicht beipflichten, dass er den Vorschlag die Fruchtaxe vor der Geburt zu messen deshalb verwirft, weil man nicht wisse, wo man die Cirkelspitze aufsetze. Lange von verschiedenen Kliniken publicirte Untersuchungsreihen haben denn doch das Gegentheil gelehrt, wenn wir auch gern zugestehen, dass der Nutzen dieser Messungen für die Praxis nicht allzuhoch anzuschlagen ist.

Sehr ausführlich werden diejenigen Krankheiten in der Schwan-

gerschaft behandelt, bei welchen die künstliche Frühgeburt in Frage kommen kann. Das Recht, dieselbe bei progressiver perniciöser Anämie einzuleiten, bestreitet Verf. vom theoretischen Standpunkt aus. Bei unstillbarem Erbrechen ist dann die Unterbrechung der Schwangerschaft nicht mehr erlaubt, wenn der Consumptionsprocess bereits in ein fieberhaftes Stadium getreten ist, indem dann die Frau doch meist verloren ist. — Eklampsie verbietet die künstliche Frühgeburt, ebenso wie selbstverständlich Typhus und die acuten Exantheme. Die Erscheinung der »verlangsamten Herzaction und verminderten Fötalbewegungen«, die Verf. als dem Fiebertode der Frucht vorausgehend erwähnt, ist doch gerade für diese der Frucht drohende Todesart weniger charakteristisch als die diesem Stadium voraufgehende äusserst frequente Herzaction und die sehr lebhaften Bewegungen der Frucht.

Rücksichtlich der Bedeutung der Herzkrankheiten in der Schwangerschaft werden die Ansichten von Spiegelberg, Fritsch und Löhlein sehr genau im Excerpt wiedergegeben. Verf. lehnt sich mehr an Löhlein an, sah indessen niemals in der Gravidität oder post partum die bekannten gefährlichen Erscheinungen auftreten und enthält sich jedes Urtheils über die künstliche Frühgeburt bei Herzkranken. Gewarnt wird vor einem Aderlass, da die dadurch acut entstandene Anämie Anlass zu Uteruscontractionen geben könnte. — Wird bei Lungentuberkulose die Schwangere das Ende der Gravidität mit Sicherheit nicht erleben, so plaidirt Verf. für die künstliche Frühgeburt. — Die künstliche Geburtserregung bei Retroversio uteri gravidi ist nur dann gestattet, wenn häufige Recidive erfolgen. — Jede erkannte extrauterine Gravidität soll sofort punctirt werden. — Ein sogenanntes »habituelles Absterben« der Frucht und eine daraus abzuleitende Indication zur Unterbrechung der Schwangerschaft erkennt Verf. nicht an. Ebensowenig lässt er die künstliche Entfernung einer todten Frucht, um eine Spätgeburt zu vermeiden, gelten, da er an eine Retention der Frucht im Uterus über die normale Schwangerschaftsdauer hinaus überhaupt nicht glaubt.

Unter den Operationsmethoden wird für den Abort der Eihautstich, für die Frühgeburt als schonungsvollstes und sicherstes Verfahren die Injection von Wasser zischen Uteruswand und Eihäute empfohlen. — Dass bei der Methode von Kiwisch die Temperatur des Wassers ein gleichgültiger Factor ist, bestreitet Referent. Wenn es dem Verf. einmal gelang durch Wasser von gewöhnlicher Zimmertemperatur die Frühgeburt einzuleiten, so hat er damit nur die bekannte Thatsache bestätigt, dass unter Umständen ein rein mechanischer Reiz zur Erregung der Wehen genügt, keineswegs aber damit die von ihm angenommene Unwirksamkeit des thermischen Reizes bewiesen. Kiwisch selbst legte gerade auf die hohe Temperatur des Wassers besonderen Werth, und Experimente beweisen, dass er Recht hat.

Wenn Verf. bei Erwähnung der Methoden der Dilatation des

Cervix als Mittel zur künstlichen Frühgeburt die Construction des Instrumentes von Ellinger als »einen Rückfall in die alten finsteren Zeiten« bezeichnet, so ist zu erinnern, dass Ellinger sein Dilatatorium doch zunächst nur für gynäkologische Zwecke empfohlen hat. Rücksichtlich der Instrumente von Tarnier und Barnes beharrt Verf. bei seinem im »Grundriss der Geburtshülfe« ausgesprochenen Urtheil dieselben als »überflüssige geburtshülfliche Spielereien« bezeichnen zu müssen. — Das Pilocarpin wird erwähnt, seine weitere Prüfung empfohlen und auf die betreffende Publication des Verf. im Archiv für Gynäkologie Bd. XIII verwiesen.

Runge (Berlin).

---

11. J. B. **Swift** (Boston). Bestimmung des Geschlechtes nach dem Tage der Conception.

(Bost. med. and surg. Journ. 1878. Sept. 26.)

Verf. hörte von Dr. Carl Heitzmann in New-York, in dessen Laboratorium er arbeitete, folgende Theorie: Das Ei repräsentirt das weibliche, die Samenfäden das männliche Element. Es braucht nur wenige Spermatozoen, vielleicht nur eines, um ein Ei zu befruchten. Wird ein Ei durch wenige Samenfäden befruchtet, so überwiegt das weibliche Element und eine weibliche Frucht wird entwickelt. Umgekehrt, befruchten sehr viele Spermatozoen ein Ei, so entsteht eine Frucht männlichen Geschlechtes. Ist nun das Ei noch hoch oben in der Tube, so werden vermuthlich nur wenige Spermatozoen bis zu ihm gelangen, ist jedoch das Ei weiter unten, dann treffen es viele Samenfäden. Sind nun Menstruation und Ovulation von einander abhängig (woran jetzt doch ein gut begründeter Zweifel obzuwalten scheint, Ref.), so kann man die jeweilige Lage des Eies nach der menstrualen Blutung bestimmen: Im Zwischenraum ist das Ei in dem Follikel; gerade vor dem Flusse kann das Ei auf der Oberfläche des Eierstockes oder im Infundibulum Tubae sein, allmälig wird es nach abwärts bewegt, und kann noch in der Tuba oder kaum im Uterus sein, wenn die Periode schon aufgehört hat. Findet nun ein Coitus im intermenstrualen Zwischenraume oder kurz vor Beginn der Menstruation statt, wenn das Ei noch hoch oben ist, so erreichen es nur wenige Spermatozoen; wird jedoch der Beischlaf gleich nach der Menstruation ausgeübt, so ist das Ei weiter unten im tubo-uterinen Canale und wird dem Einflusse vieler Spermatozoen ausgesetzt. Diese Theorie, welche von Viehzüchtern erfolgreich angewendet wird, wurde von Verf. in 20 Fällen, welche er im Bostoner Entbindungsinstitut beobachtete, bestätigt. Es wurden nur 3 verheirathete Frauen, welche das Datum des befruchtenden Coitus kannten, einbegriffen, alle anderen waren ledig. In 12 Fällen wurde das Geschlecht des Kindes nach diesen Daten vor der Entbindung vorhergesagt. In 11 Fällen fand der befruchtende Coitus innerhalb 8 Tage nach Aufhören der Periode statt, und es wurde in jedem Falle ein Knabe geboren; in den übrigen 9 Fällen fand der Beischlaf

14 Tage nach Aufhören der letzten Menstruation oder kurz vor Anfang der nächsten statt, und nur Mädchen wurden geboren.

Dieser Aufsatz rief mehrere Antworten pro und contra hervor. So meint

Dr. W. B. Neftel im Med. Record, 9. Nov. 1878, dass die Theorie Swift's einfach an der embryologischen Thatsache scheitere, dass ein einziges Spermatozoon genügt um ein Ei zu befruchten, und dass ein Ei überhaupt nur von einem Samenfädchen befruchtet werden kann, weil, ob das Ei eine Micropyle besitzt oder nicht, der Eintritt eines einzigen Spermatozoons dasselbe sofort gegen alle anderen verschliesst. (Nach Flint, Physiologie, 1874, zeigen alle bisherigen Beobachtungen bei niederen Thieren, dass mehrere Spermatozoen nöthig sind um ein Ei zu befruchten; bei den höheren Thieren und dem Menschen fehlen Beobachtungen über diesen Punkt. Neftel's Behauptung scheint daher noch keineswegs embryologische Thatsache zu sein. Ref.)

Dr. Joseph A. Mudd (Med. Record, 23. Nov. 1878) giebt an in 110 Fällen die genaue Zeit der letzten Periode erforscht und in jedem Falle, wo die Schwangerschaft länger als der normale Termin dauerte, gefunden zu haben, dass das Kind männlichen Geschlechtes war, trat dagegen die Geburt eher als erwartet ein, so war das Kind ein Mädchen. Daraus schliesst er das Gegentheil von Swift (ohne eine Theorie aufzustellen), nämlich, fand der befruchtende Coitus kurz vor der Menstruation statt, welche dann ausblieb, so folgte ein Knabe; kurz nach der Menstruation, ein Mädchen. Dies ist das von Thury in Genf bei Thieren experimentell bewiesene Gesetz.

Dieses Thury'sche Gesetz wird von Dr. H. U. Upjohn (Med. Record Dec. 7. 1878) aus seiner Erfahrung bestätigt, und als Erklärung das Bestehen von männlichen und weiblichen Samenfäden angenommen, von denen die weiblichen an Zahl weit überwiegen, die männlichen dagegen kräftiger und lebhafter sind. Findet nun ein Coitus kurz vor der Periode statt, so sind die lebhaften, wenn auch minderzähligen, männlichen Spermatozoen im Stande das noch hoch in der Tuba befindliche Ei vor den weiblichen zu erreichen und zu befruchten; findet dagegen der Coitus kurz nach der Menstruation statt, wenn das Ei weiter nach unten getreten ist, so wird es von der Ueberzahl der weiblichen Samenfäden befruchtet. Als Beleg dieser Theorie wäre es interessant zu erforschen, ob die Kinder bei Extrauterinschwangerschaften häufiger männlichen als weiblichen Geschlechtes sind.

Paul F. Mundé (New-York).

---

12. **Charcot** (Paris). Der Anfall bei Hysteria major. Mitgetheilt von P. Richer.

(Progrès méd. 1879. No. 2.)

Der Anfall der Hysteria major oder der hystero-epileptische Anfall setzt sich aus 4 Perioden zusammen. Nach mehrtägigen Vor-

boten allgemeinen Unbehagens und nervöser Erregung kommt es zu einer eigentlichen Aura hysterica, welche in Schmerzen der Ovarien, Herzpalpitationen, Globus hystericus, Ohrensausen, Klopfen der Arteria temporalis u. s. f. besteht, worauf dann mit Verlust des Bewusstseins die erste, epileptiforme Periode des Anfalls beginnt: Tonische und klonische Krämpfe, stertoröses Athmen. Symptome, welche sich dadurch von der echten Epilepsie unterscheiden, dass sie durch Druck auf die Ovarien und durch Anwendung elektrischer Ströme zum Verschwinden gebracht werden können.

2. Periode der Verdrehungen. Clownismus. Dazu gehören Bewegungen, welche durch das Bizarre, Unnatürliche und Unlogische ihres Ablaufs sich auszeichnen und ohne jegliche Regel und Ordnung in wildester Raserei vor sich gehen.

3. Periode der leidenschaftlichen Stellungen. Diese sind beherrscht von Hallucinationen bald freudiger bald trauriger Natur und zeigen dem entsprechend die mannigfaltigsten Bilder.

4. Schlussperiode. Allmälige Wiederkehr des Bewusstseins mit intercurrirenden Gesichtshallucinationen (Sehen von Ratten, Katzen, Mäusen, Schlangen).

Die verschiedenen Variationen der hystero-epileptischen Anfälle, welche bekanntlich in der aller mannigfaltigsten, jedes Typus scheinbar entbehrenden Weise beobachtet werden, erklärt Verf. durch das Vorwiegen der einen oder andern Periode, durch eine gestörte Aufeinanderfolge oder das gänzliche Fehlen einzelner Stadien und beschreibt solche mehr oder weniger rudimentäre Anfälle als einzelne Unterarten des von ihm aufgestellten Typus.

Engelhorn (Winnenthal).

Casuistik.

13. **Ch. Maigryer** (Paris). Ein Fall von Kaiserschnitt an einer Verstorbenen.

(Mittheilung in der Soc. anatomique zu Paris. — Progr. méd. 1879. No. 3.)

Eine Frau von 32 Jahren, schwanger im 9. Monat, welche schon längere Zeit an chronischer Quecksilbervergiftung gelitten hatte, stirbt in einer plötzlich eingetretenen Ohnmacht. Zehn Minuten nach dem Tode wird das noch lebende Kind mittelst der Sectio caesarea entwickelt und durch $1\frac{1}{2}$ stündige künstliche Respiration am Leben erhalten. Bei der Operation entleert sich aus der Bauchhöhle eine grosse Menge flüssigen und geronnenen Blutes. Die Section der Frau ergab ausserdem noch sehr massenhafte Blutgerinnsel in der Bauchhöhle. Die Milz war ausserordentlich gross, 1500 g schwer. Die Vena splenica zeigt eine abnorme Entwicklung und anastomosirt mit der Vena ren. dextr. An der Vereinigungsstelle dieser beiden ist die Wandung der Vene verdickt. Diese Verdickung umgiebt ringförmig eine dünnere Stelle, welche in ihrem Centrum perforirt ist und die Quelle der tödtlichen Blutung zu erkennen giebt.

Engelhorn (Winnenthal).

14. **Castillo de Piñeyro** (Madrid). Hematocele pelviano. Puncion. Septicemia. Curacion. (Anales de la Soc. Ginecològica Española 1878. Juli.)

Eine 26jährige anämische Multipara litt in Folge einer schlecht abgelaufenen Geburt an einer Metritis und menstruirte 8 Monate nach derselben wieder; jedoch

durch einen Schreck wurde dieselbe unterbrochen, woraufhin die Menses jedesmal schmerzhafter und unregelmässiger wurden, schliesslich bemerkte man einen äusserst schmerzhaften, harten, rundlichen Tumor, der den Raum der Spina ant. sup. ilei dextr. zur Spina ant. inf. sinistr. einnahm. Temperatur der Vagina erhöht und leicht schmerzhaft. Uterus anteflectirt, und von einer harten in ihrer Mitte etwas weichern, im oberen Scheidengewölbe befindlichen Geschwulst, von der Grösse einer Pfirsiche, an die Schambeine angedrückt. Nach Ausschluss der übrigen Möglichkeiten der Natur dieses Tumors wurde die Diagnose auf Haematocele gestellt.

Der Vaginaltumor wurde nun punctirt und sofort floss eine beträchtliche Quantität fötider Flüssigkeit von der Farbe einer pechartigen Lösung ab. Schmerzen wurden hierauf geringer. Die Troikartkanüle bleibt liegen.

5 Tage darauf, als die Flüssigkeit aufhörte zu fliessen, Schweiss, Diarrhoen, Temperatur 39,8, Puls 116 sich einstellten, wurde die Punctionsstelle erweitert (1,5 cm); sofort floss wiederum eine bedeutende Menge diesmal syrupartig übelriechend ab. Drainage. Injectionen von hypermang. Kali. Chinin und alkoholische Getränke. 5 Tage darauf sistirten die Diarrhoen. Den 12. Tag Uterus in normaler Lage, Geschwulst fast verschwunden. 13.—17. Tag Menstruation. Den 22. Tag verlässt Pat. das Bett. Schliesslich werden zur Rechtfertigung des operativen Eingriffes verschiedene Autoren angeführt. **Kispert** (Madrid).

15. **John Byrne** (Brooklyn). — Fall von acuter puerperaler Inversion des Uterus; ein neues Instrument zur Reposition mit Erfolg angewendet. (New-Yorker med. Journ. 1878. October und December.)

Verf. beschreibt den Fall einer I para, 28 Jahr alt, bei der nach langer, träger Geburt das Kind mit der Zange entwickelt wurde, und sofort nach Expulsion der Placenta eine partielle Inversion constatirt wurde, deren sofortige Reposition jedoch durch den fast tödtlichen Collapsus der Frau aufgeschoben werden musste. Als Pat. sich nach 48 Stunden soweit erholt hatte, dass an eine Reposition gedacht werden konnte, entwickelten sich wehenartige Schmerzen, deren letztem und stärkstem Erleichterung folgte. Eine Untersuchung erwies eine vollkommene Inversion. Die nun versuchte Reposition unter Aether misslang, es wurde daher beschlossen die Operation 8 Tage aufzuschieben. Also, am 11. Tage nach der Entbindung und 9 Tage nach der vollkommenen Inversion, wurde unter Narkose zur Reposition geschritten, und dazu folgendes inzwischen von Verf. ersonnene Instrument angewendet. Eine Hartgummitasse 2½ Zoll im inneren Durchmesser (die grösste von 3 Grössen), wurde in die Scheide eingeführt und der invertirte Uterus in dieselbe geleitet. Eine andere ähnliche Tasse mit einem vorzuschraubenden conischen Stempel wurde auf den Unterleib gesetzt und der Stempel vorgeschraubt bis er in den Trichter des invertirten Uterus passte. Nun wurde ein in der Scheidentasse befindlicher beweglicher Boden langsam mittelst einer im Griffe befindlichen Schraube vorwärts geschoben, während die äussere Tasse mit Stempel einen Gegendruck ausübte. Allmälig erweiterte sich der Cervicalring, der Trichter wurde seichter und weiter, und in 3 Absätzen, nach kaum ½ Stunde, glitt der Fundus hinauf und die Reposition war vollendet. Pat. machte eine gute Reconvalescenz durch. Verf. citirt einen Brief des Dr. Thomas an ihn, in welchem derselbe angiebt eine chronische Inversion (Dauer nicht angegeben) mit Verf.'s Instrument leicht reponirt zu haben. **P. F. Mundé** (New-York).

16. **William Goodell** (Philadelphia). — Ein Fall von Castration wegen Uterusfibroid; Heilung. (Americ. Journ. Med. Sciences 1878. Juli.)

Verf. berichtet den Fall einer 33 Jahr alten, unverheiratheten Dame, welche seit 12 Jahren an heftiger, nicht zu lindernder Dysmenorrhoe mit Menorrhagie litt, durch welche sie durchschnittlich 3 Wochen von 4 an ihr Bett gefesselt wurde. Bei der vom Verf. zuerst ausgeführten vaginalen Untersuchung fand er ein fast die ganze Beckenhöhle ausfüllendes, bis 2 Finger breit über den Nabel reichendes, nierenförmiges Fibroid, offenbar subperitonealer Natur, und nur durch Laparo-

hysterotomie entfernbar. Nach fast erfolgloser localer und allgemeiner Behandlung während eines Jahres, entschloss sich Verf. auf dringendes Zureden der Pat. zur Entfernung der Eierstöcke nach Hegar und Trenholme. Die Operation wurde am 4. October 1877 in der linken Seitenlage per Vaginam auf die gewöhnliche Weise ausgeführt; beide Ovarien wurden leicht entfernt (keine Adhäsionen), die mit Seide unterbundenen Stümpfe zurückgebracht, und die Wunde offen gelassen. Der Erfolg der Operation war wunderbar. Vom Tage an verschwanden alle Beckenschmerzen, und trotz einer hysterischen Reaction, welche ihr eigener Wille überwand, machte Pat. eine ungestörte Reconvalescenz durch. Am 16. October kehrte Pat. in ihre Heimath zurück. Am 19. November besuchte sie Verf. zu Fuss nach einem Spaziergange von 1 engl. Meile, und erklärte sich vollkommen wohl. Am 20. Februar 1878 fand Verf. den Tumor auf die Hälfte verkleinert, am 4. April war kaum noch eine Vergrösserung des Uterus nachzuweisen. Menstruation war nicht eingetreten. Pat. vollkommen geheilt.

Wenn die Enucleation per Vaginam unausführbar ist, und die operative Therapie des Fibroids sich auf 3 Methoden beschränkt, die Castration, Enucleation nach Laparotomie, und Laparo-hysterotomie, so entscheidet sich Verf. für die Castration, besonders per Vaginam, deren Mortalität nur 2 von 24 bis dato auf diese Weise ausgeführten Operationen ist. Die schlechten Resultate der Laparotomie würden dieselbe nach Verf.'s Ansicht jedenfalls erst nach der erfolglosen Castration angezeigt erscheinen lassen. Was die Enucleation per Vaginam anbelangt, so sei wohl zu bedenken ob die Castration nicht am Ende einer schwierigen Enucleation durch ein uneröffnetes Orificium uteri mit der leicht folgenden Septikämie vorzuziehen sei.

Ob die doppelte Castration eine vollkommene Menopause herbeiführt oder nicht ist aus zwei Tabellen ersichtlich, in deren einer 20 Fälle von Fortdauer der sogenannten Menstruation nach Entfernung beider Ovarien, und in der anderen 78 Fälle von totaler Menopause nach der doppelten Ovariotomie angegeben sind. Verf. sieht dieses gelegentliche Bestehen des monatlichen Flusses als vermuthlich eine einfache Gewohnheitsblutung an, unbegleitet von irgend welchen constitutionellen Erscheinungen und daher keine Contraindication für die Castration. Schliesslich spricht sich Verf. auf Grund eigener und fremder Erfahrungen dahin aus, dass die totale Castration keineswegs die Weiblichkeit noch den Geschlechtstrieb zerstört, ebensowenig wie die Entfernung der Hoden nach erlangter Pubertät die Erectionsfähigkeit des Penis und einen gewissen Geschlechtstrieb beseitigt.

P. F. Mundé (New-York).

17. **James T. Whittaker** (Cincinnati). Myoma teleangiectodes als Geburtshinderniss bei starkem Hängebauch.

(Cincinn. Lancet and Clinic. 1878. Juli 6.)

Pat., 41 Jahre, 8 Kinder, immer natürliche Entbindungen. Jetzige Schwangerschaft ohne Störung. Enormer Hängebauch; Abdomen und Uterus lagen auf den Weichen. Bei Beginn der Wehen I. Kopflage, normale Erweiterung des Muttermundes, aber kein Herabtreten des Kopfes; allmäliger Nachlass der Wehen. Zange wiederholt angelegt, doch Tractionen bei aufgehobenem Unterleibe vergebens. Verf. sah Pat. dann in Consultation. Weder am Os ext. noch im Becken war ein Geburtshinderniss vorhanden. Der Hängebauch konnte nicht reponirt werden. Verf. beschloss die Wendung zu versuchen. Die Hand schob den Kopf leicht hinauf und derselbe glitt gegen den Fundus zu. Das Handgelenk musste im scharfen Winkel gebogen werden um die Symphyse umgreifen und die Glieder des Kindes erreichen zu können. Das erste, was Verf. oberhalb des Os int. erreichte, war eine grosse, kugelige Geschwulst, welche für den ausgedehnten Unterleib des Fötus imponirte. Doch erwies sich gleich, dass der Tumor intramural und fest sei, also zweifellos ein Fibroid, wahrscheinlich bei dem raschen Entstehen sehr gefässreich. Nach ziemlicher Mühe gelang es am einen Fuss des Kindes eine Wendungsschlinge zu heften, und nach Erfassen des anderen Kindes dasselbe zu wenden und extrahiren, wobei die Geschwulst scheinbar platt gedrückt wurde. Obgleich Pat. nicht sehr erschöpft war, starb sie an Septikämie am 5. Tage.

Verf. glaubt, dass hier die Porro'sche Operation (Kaiserschnitt und Exstirpation des Uterus) die einzige richtige Therapie gewesen wäre, da eine so gefässreiche Geschwulst wie das Fibroid in diesem Falle nach der nicht zu umgehenden Quetschung bei der Entbindung kaum einer septischen Entzündung entgehen konnte. **P. F. Mundé** (New-York).

18. **Normand Bridge** (Chicago). Rasche Dilatation der weiblichen Urethra wegen Cystitis; Peritonitis; Tod.

(Med. Record 1878. October 12.)

Pat., 23 Jahr, ledig, litt seit 2 Jahren an Cystitis, welche den gewöhnlichen innerlichen Mitteln und Blaseninjectionen trotzte. Drei Tage nach Ablauf eines geringen nicht localisirbaren Fiebers, wurde nach Aether die Harnröhre auf 2 cm erweitert, wobei 3 kleine Incisionen nach Simon in den Meatus gemacht wurden. Darauf Incontinenz, aber keine Schmerzen. Warme Umschläge. Nach 36 Stunden Temperaturerhöhung bis zu 104° F., mit leichten Unterleibsschmerzen, welche sich innerhalb 5 Tagen ganz verloren. Temperatur sank auf $99^3/_8$° F. Dann plötzlicher Schüttelfrost, hohe Temperatur $105^3/_8$°, Puls 147, und Unterleibsschmerzen. Diese Erscheinungen liessen unter entsprechender Behandlung allmälig nach, doch fiel Pat. in einen typhoiden Zustand (mit Temperatur gewöhnlich über 100°, ohne Tympanitis, oder besonderen Unterleibsschmerz), dem sie nach einem Monate erlag. Section konnte nicht gemacht werden. (Die Krankengeschichte scheint Ref. mehr auf Abdominaltyphus zu deuten als auf Peritonitis. Da dies wohl der einzige Fall einer tödtlichen Peritonitis nach rascher Dilatation der weiblichen Harnröhre sein dürfte, so ist die Richtigkeit der Diagnose immerhin von Wichtigkeit. Ref.)

P. F. Mundé (New-York).

19. **G. W. Dawson** (Cincinnati). — Pressschwamm aus Versehen vom Manne in die Blase eingeführt, zum Zwecke des Abortus; Fortbestehen der Schwangerschaft 7 Monate bis zur normalen Geburt Weitertragen des Schwammes bis er mit Concrementen nach 14 Monaten in Hühnereigrösse durch den Scheidenschnitt entfernt wurde. Heilung. (Cincinn. Lancet and Clinic. 1878. October 26.)

Die Ueberschrift enthält das Wesentliche des Falles. Pat. war bis zum Skelet abgemagert. Verf. bemerkt, obschon der Stein vermuthlich durch die erweiterte Harnröhre in zertrümmertem Zustande hätte entfernt werden können, so zog er doch den Scheidenschnitt vor, weil er die Gefahren einer unheilbaren Hyperdistention der Urethra — eine Paralyse derselben — fürchtete. Der Scheidenschnitt soll stets nach oben gemacht werden; bei dem Schnitte nach abwärts bleibe leicht eine Fistel zurück. **P. F. Mundé** (New-York).

20. **Martini** (Breslau). Mittheilung zweier Fälle von operirten Echinococcuscysten der Unterleibshöhle mit Heilung.

(Breslauer ärztliche Zeitschrift 1879. No. 4.)

1. Sterile kopfgrosse Echinococcuscyste vom retroperitonealen Bindegewebe ausgehend mit genereller Peritonitis.

Frau, 39 Jahr alt, 5 Geburten, letzte vor 11 Jahren. Seit 1 Jahr Anschwellung des Abdomens. Sehr abgemagert und schwer fiebernd an Peritonitis. Mässiger Bauchschnitt (bei Fiebertemperatur von 40,5). Weitgehende Verwachsung der Cyste mit dem Becken und Darmpartien. Punction und Entleerung des Inhalts. Die Wand der Cyste wird mit den Wundrändern des Bauchschnitts vereinigt und durch tägliche Carbolausspülungen wird nach 5 Wochen die Pat. geheilt entlassen. Der Sack war strangartig geschrumpft, eine Hernia ventralis hatte sich gebildet.

2. Intraligamentöse extraovarielle hinter dem Uterus und mit diesem wie mit dem Beckenboden cohärente Unterleibsgeschwulst, daneben acute Peritonitis.

22jährige Frau, seit 10 Monaten Dysmenorrhoe, Dysurie und Ischurie. Douglas prall vorgewölbt, Uterus durch eine elastische Geschwulst nach vorn gedrängt. Bauchschnitt (bei Fiebertemperatur von 40—41° C., Punction und Entleerung

stinkender Flüssigkeit mit Unmassen von Echinococcuskugeln. Verbindung der freien Cystenwand mit der Bauchwunde durch Matratzennaht. Drainage durch die Scheide. Carbolausspülungen. Nach 4 Wochen Schluss der Bauchwunde.

Bruntzel (Breslau).

21. **Buchanan** (Glasgow). Fall von vicariirender Menstruation.

(Obst. Journ. of Great Britain and Ireland 1879. März. Bd. LXXII. p. 780.)

Seit dem 15. Jahre fast regelmässig menstruirt. Es entsteht nach einem Trauma ein Geschwür am Schenkel, das bis jetzt, dem 41. Jahr, nicht geheilt ist. Aus dem Geschwür fliesst zur Menstruationszeit Blut ab, während aus der Vagina Nichts abgeht. Es handelt sich also um einen Fall von acquirirter vicariirender Menstruation.

Fritsch (Halle a/S.).

22. **Ch. Féré** (Paris). Eitrige Infection eines Neugeborenen.

(Mitgetheilt in der Société anatomique. — Progr. med. 1879. No. 5.)

Ein 11 Tage altes Kind, über dessen Geburt und seitherige Krankheit keinerlei Notizen zu ermitteln sind, kam wegen einer einfachen Conjunctivitis in Behandlung des Verf. und stirbt nach 14 Tagen unter Diarrhoen und rapider Abmagerung. Bei der Section finden sich Eiterherde in den Intercostalmuskeln, im rechten Sternoclaviculargelenk, beiden Hüft- und Kniegelenken, ohne dass die Gelenkflächen zerstört sind. Ausserdem findet sich ein retrooesophagealer Abscess, welcher mit einer Eiterhöhle in dem bis auf eine 2 mm dicke Scheidewand gegen den Rückenmarkscanal zerstörten Körper des 6. Halswirbels communicirt. Beide Lungen sind von massenhaften, hirsekorngrossen Eiterherden durchsetzt. Schwellung der Retrobronchialdrüsen.

Sämmtliche Veränderungen sind ungefähr gleich alt mit Ausnahme der Wirbelaffection, und Verf. lässt es unentschieden, ob diese als Ausgangspunkt der eitrigen Infection spontan oder traumatisch entstanden ist.

Engelhorn (Winnenthal).

23. **Mierzejewsky** (Petersburg). Lymphgefässe des Uterus.

(Progr. méd. 1879. No. 8.)

Unter dem Peritonealüberzug des Uterus befinden sich zwei Schichten von Lymphgefässen, eine oberflächliche und eine tiefe; beide communiciren mit einander durch Anastomosen. Die Blutgefässe sind weniger reichlich als die Lymphgefässe und sind entgegen der Beschreibung von Fridolin und Leopold zwischen den beiden Schichten der Lymphfgefässe gelegen.

Engelhorn (Winnenthal).

24. **P. Budin** (Paris). Ueber Ovarialschmerz.

(Progr. méd. 1879. No. 9.)

Verf. fand bei der Untersuchung von Schwangeren und Gebärenden mittelst der Palpation des Bauches häufig eine circumscripte schmerzhafte Stelle und zwar vorzugsweise auf der linken Seite. Er fühlte daselbst deutlich einen ovalen Körper mit transversaler Axe, welcher nach Grösse und Lage als Ovarium anzusprechen ist. Der Druck auf dasselbe war jedesmal von dem heftigsten Schmerze begleitet, weniger die Berührung der ebenfalls von aussen deutlich gefühlten Ligt. rotund. **Engelhorn** (Winnenthal).

25. **Landouzy** (Paris). Ein Fall von Lethargie, hervorgerufen durch Anwendung des Magneten. (Progr. méd. 1879. No. 4.)

Ein Mädchen von 23 Jahren, welche im August vorigen Jahres an Hysteria major (Contracturen, Lähmungen, Hemianästhesie etc.) gelitten hatte, war wegen leichter hysterischer Erscheinungen, verschiedener Sensationen und lästigem Meteorismus im December vorigen Jahres in Behandlung des Verf. gekommen. Nachdem die Unbefangenheit der Pat. gegenüber der mit ihr vorzunehmenden Manipulationen aufs Ausführlichste und in glaubwürdigster Weise dargethan, theilt Verf. mit, wie Pat. bei der Application eines Magneten auf die Haut der Nabelgegend (bei verschlossenen Augen) nach 2 Minuten ein Zucken im rechten Daumen und am rechten Mundwinkel aufweist; allmälig wird die Sprache langsamer und die Kranke verfällt

in einen tiefen Schlaf, aus welchem, nach Abnahme der Binde von den Augen erwacht, sie keinerlei Erinnerung mehr an das mit ihr vorgenommene besitzt als die eines Gefühls kalter Berührung ihrer Bauchhaut. Der mehrfach wiederholte Versuch hatte stets den gleichen Erfolg, Controleversuche mit nicht magnetischem Eisen blieben ohne Erfolg. **Engelhorn** (Winnenthal).

26. **Ch. Féré** (Paris). Kephalhaematom. (Mitgetheilt in der Société anatomique zu Paris. — Progr. méd. 1879. No. 9.)

In der Nähe des hinteren oberen Winkels des Seitenwandbeins war bei einem Neugeborenen das Pericranium durch eine ovale 35 mm lange und 25 mm breite Blutung vom Knochen abgehoben. An der Innenfläche des Knochens findet sich nach Ablösung der Dura mater eine lineare $1/2$ cm lange Fissur des Knochens, aus welcher etwas Blut heraussickert. **Engelhorn** (Winnenthal).

27. **Braxton Hicks.** Drei Fälle von Uteruspolypen.
(Obst. Journ. of Great Britain and Ireland 1879. Jan. Bd LXX. p. 609.)

Nachdem Verf. zunächst auf die Schwierigkeit der Diagnose und auf die Schädlichkeiten der Polypen hingewiesen, berichtet er folgende 3 Fälle: 1) Frau von 40 Jahren, Blutverluste, Schmerzen, Vergrösserung des Abdomen. Pat. glaubte sich in der Geburt befindlich, war sehr heruntergekommen. Grosser Polyp mit der hinteren Vaginalwand verwachsen, Os uteri nicht zu erreichen. Stückweise Entfernung mit der Scheere. Nach Entfernung der Hälfte wird die Verbindung mit dem Uterus gefühlt. Enucleation. Pat. befand sich eine Woche lang wohl und starb dann plötzlich, wie Verf. vermuthet (keine Section) an Nierenleiden. Interessant waren in diesem Falle die vollkommen täuschenden intermittirenden Wehenschmerzen und die Adhäsion in der Scheide, die zunächst einen Scheidenpolyp vermuthen liess. 2) Anämische Frau von 45 Jahren. Menorrhagie, Schmerzen im Leib, schneller Puls, grosse Anämie, übelriechender Ausfluss. Grosser, die Scheide ausfüllender Uteruspolyp, Abtrennung des 2" im Durchmesser habenden Stiels mit Drahtecraseur. Der Polyp ist so gross, dass er nur nach Durchschneidung mit der Scheere sich entwickeln lässt. Heilung. In diesem Falle war der übelriechende Ausfluss wohl dadurch entstanden, dass die Secretion nicht hatte beim Polypen vorbeifliessen können, sich gestaut und zersetzt hatte. 3) 50 Jahr, Urinbeschwerden, der Polyp sah aus der Vulva heraus und reichte bis zum Nabel. Auch hier bestand eine grosse Scheidenadhäsion. Die Operation musste das erste Mal unterbrochen werden, beim zweiten Mal wurde sie mit Galvanokaustik beendet. Heilung. **Fritsch** (Halle a/S.).

28. **Patenko** (Petersburg). Graviditas ovarialis.
(Archiv für Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 1.)

Das rechte Ovarium einer 54jährigen, an Pyämie nach Fussamputation verstorbenen Frau zeigte sich in eine eigrosse, dünnwandige Cyste mit serösem Inhalt verwandelt; an ihrer Innenfläche wurde eine haselnussgrosse Geschwulst gefunden, die einen gelben caseosen Stoff und zahlreiche kleine Knochen enthielt, von denen einige in ihrer Form sehr an fötale erinnerten. Durch die sorgfältigste mikroskopische Untersuchung wurde einer derselben als ein fötaler Röhrenknochen erkannt und deshalb die Geschwulst für ein aus einer Ovarialschwangerschaft hervorgegangenes Lithopädion erklärt, zumal auch noch andere unzweifelhafte Gewebsbestandtheile des Fötus und der Placenta nachweisbar waren. Die Möglichkeit, dass es sich um eine Dermoidcyste oder ein Teratom handele, schliesst Verf. aus.

Von Interesse ist noch, dass die Wandung der Cyste überall von Ovarialparenchym mit Primordialfollikeln und Resten von gelben Körpern gebildet wurde. Dazu gehören 4 Abbildungen. **Schwarz** (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S. (Margarethenstrasse 5), an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart (Alleenplatz 3), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Dritter Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 15 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nº. 10. **Sonnabend, den 10. Mai.** **1879.**

I. Beitrag zur Intrauterintherapie.

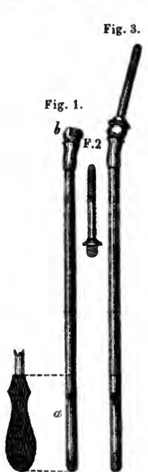
Von

Dr. Ernst Braun,

Hausarzt der Zahlabtheilung der Niederösterr. Landesgebäranstalt in Wien.

Die Anwendung von Arzneimitteln auf die Innenfläche des Uterus gehört wohl bei der so häufigen Erkrankung derselben zu den gewöhnlichsten therapeutischen Hülfsmitteln des Gynäkologen. Die Medicamente selbst können in verschiedenen Consistenzgraden in die Cervical- oder Uterinhöhle gebracht werden; gewiss dürfte aber die Anwendung von flüssigen Arzneimitteln als die wirksamste zu betrachten sein, weil bei dieser eine allseitige Berührung des Arzneistoffes mit der erkrankten Schleimhaut am sichersten zu erreichen ist. Namentlich gilt dies von der intrauterinen Injection, welche unter

Befolgung der allgemein bekannten Cautelen mit der C. Braun'schen Spritze wohl in der Regel ohne üble Nebenwirkung bleibt. Allein gerade die dabei so nothwendigen Vorsichtsmassregeln lassen es als geboten erscheinen von der Intrauterininjection nur in Fällen Gebrauch zu machen, wo eine weniger eingreifende Methode nicht zum erwünschten Ziele geführt hat; vollkommen zu meiden ist dieselbe aber wohl bei einer ambulatorischen Behandlung. Für diese passt um so besser eine, namentlich von Playfair empfohlene Methode, welche darin besteht, Uterinsonden an der Spitze mit Baumwolle zu umwickeln, die Baumwolle mit der anzuwendenden Flüssigkeit zu tränken und dann in die Cervical- resp. Uterinhöhle einzuführen. Ist dieses Verfahren auch anfänglich in Deutschland abfällig beurtheilt worden, so ist es doch wegen seiner Einfachheit bald allgemein geübt worden. Ein Uebelstand, den diese Behandlungsweise mit sich führt, ist jedoch der, dass die gewöhnlichen metallenen Uterinsonden, abgesehen davon, dass die Baumwolle schlecht an denselben haftet, durch verschiedene Flüssigkeiten angegriffen und dadurch unbrauchbar werden; nicht viel besser ergeht es Fischbein- oder Hartgummisonden. Besonders gilt dies von der Salpetersäure, welche in jüngster Zeit in H. Fritsch einen warmen Lobredner gefunden hat. Ich bediene mich derselben mit Vorliebe und kann die gute Wirkung derselben namentlich bei lange bestehenden Cervixkatarrhen mit hyperplastischer ectropirter Schleimhaut, welche andern Mitteln so hartnäckig trotzen, bestätigen. Diese Umstände haben mich veranlasst, mir ein Instrument verfertigen zu lassen, welches ich für die angegebene Methode als vollständig passend befunden habe.



Dasselbe besteht aus einem Hartgummistab, welcher sich bei *a* zu einem Griffe verbreitert, nach oben schwach gebogen sich zu einer kugelförmigen Anschwellung *b* verdickt, in welcher ein kurzer mit einer Schraubenwindung versehener Gang angebracht ist. Dazu liess ich mir Glasstäbe (Fig. 2) fertigen (5 cm lang, für die Uterinhöhle 7 cm lang und auch etwas dicker als die kürzeren), welche in ihrem oberen Theile rauh gemacht und unten mit einer Hartgummischraube montirt sind, welche in den Schraubengang bei *b* passt. Fig. 3 veranschaulicht das Instrument mit eingeschraubtem Glasstabe.

Die Vortheile des Instrumentes sind sofort in die Augen springend. 1) An dem rauhen Ende des Glasstabes hält die umwickelte Baumwolle sehr fest. 2) Es kann jede Flüssigkeit angewendet werden, ohne dass das Instrument darunter leidet. 3) Die Glasstäbe können sehr leicht gereinigt werden. 4) In grösseren Ambulatorien hat man immer ein reines Instrument vor sich, da man nur

einen anderen Glasstab einzuschrauben braucht. Es wird dadurch das Reinigen während der Zeit des Ambulatoriums oder eine Anschaffung von vielen Sonden entbehrlich[1]).

II. Die Wirkung der Sclerotinsäure auf Menschen.

Von Dr. **Kobert,**
Assistenzarzt an der medicinischen Klinik zu Halle.

Durch die Untersuchungen Nikitin's, welche in Rossbach's pharmakologischen Untersuchungen Bd. III. Hft. 1—2, in extenso mitgetheilt sind, war es höchst wahrscheinlich gemacht worden, dass man in allen Fällen, wo bisher das Mutterkorn angewandt worden ist, die Sclerotinsäure mit weit grösserem Erfolg therapeutisch würde verwerthen können. Ich habe darauf hin in den letzten 2 Monaten dies neue Mittel vielfach angewandt und bin dabei zu folgenden Resultaten gekommen:

1. Bei starken Lungenblutungen ist das Mittel, in Dosen von 5 Mal 0,2 pro die gereicht, absolut wirkungslos. Bei einem Pat., der 2 Monate lang täglich ganz geringe Mengen Blut auswarf, war der Erfolg ein höchst zweifelhafter und blieb hinter dem durch Secale erreichten jedesmal zurück, so oft auch der Versuch wiederholt wurde. Subcutane Einspritzungen von 0,1 der freien, sowie der neutralisirten Säure machten dem Pat. enorme Schmerzen und bewirkten so starke Röthung und Verhärtung der Haut, dass mehrere Tage lang Eis aufgelegt werden musste.

2) In einem Falle von chronischen multiplen Blutungen in die Haut und die Schleimhäute liess das Mittel in Dosen von 1,0 pro die absolut im Stich.

3) In 2 Fällen von Rückenmarkskrankheiten mit spastischen Erscheinungen an den unteren Extremitäten war bei wochenlanger Anwendung keine Veränderung irgend welcher Symptome wahrnehmbar. Höchstens nahm die Harnmenge einigermassen zu.

4) Bei einem Falle von Basedow'scher Krankheit trat gleich nach den ersten Pulvern (à 0,2) eine solche Unruhe und Herzensangst auf, dass sofort mit dem Mittel ausgesetzt werden musste.

5) Bei 2 Tabetikern sowie mehreren anderen Personen, denen das Mittel gereicht wurde, um etwaige Einwirkungen auf das subjective Befinden und das Centralnervensystem überhaupt zu studiren, trat selbst nach mehrwöchentlicher Anwendung keine Wirkung hervor. Zu einer fortgesetzten subcutanen Anwendung war kein Pat. zu bewegen.

6) Bei einer weiblichen Person, die in der ersten Woche $4 \times 0{,}1$, in der 2. $6 \times 0{,}1$ und in der 3. $5 \times 0{,}2$ Sclerotinsäure nahm, trat am

---

[1]) Das Instrument ist zu beziehen durch H. Reiner, Wien XI, van Swietengasse 10.

ersten Tage der 4. Woche Kribbeln in beiden grossen Zehen und am folgenden Tage auch in beiden kleinen Fingern auf, das sich schnell bis zum Gefühl völligen »Taubseins« der betreffenden Glieder steigerte. Beim Aussetzen des Mittels schwanden die Symptome bald, kehrten aber beim Wiederansteigen zur alten Dose zurück, während eine 1 % Solution des Mittels, 4 Mal täglich 1 Theelöffel ohne Schaden beliebig lange vertragen wurde. — Da die Vermuthung nahe lag, dass das Präparat, welches von Trommsdorf bezogen war, nicht gut genug wäre, wurde die Säure ad hoc in Halle mit genauester Beobachtung aller Cautelen dargestellt; aber auch dieses ganz frische, hellbraune Präparat, welches an Thieren die von Nikitin beschriebene Wirkung sofort zeigte, blieb an Menschen so wirkungslos als jenes. Namentlich wurden Contractionen des Darmes, Leibschmerzen oder Durchfall, auch nicht in einem einzigen Falle wahrgenommen. Eine Einwirkung auf den Uterus schien gleichfalls nicht da zu sein,

Sollte sich bei Versuchen in der Praxis der Geburtshelfer und Gynäkologen ein ähnliches negatives Resultat herausstellen, so dürfte das Mittel wenigstens in der von Nikitin bezeichneten Dose als unbrauchbar zu verwerfen sein.

Halle, im März 1879.

---

1. P. F. **Mundé** (New-York). Die stumpfe Drahtcurette in der gynäkologischen Praxis.

(Edinb. med. Journ. 1878. März und April.)

Verf. legt die Unglücksfälle, welche mit der scharfen Curette passirt sind, dem Instrumente zur Last und empfiehlt als schonenderes, ebenfalls aber allen Anforderungen entsprechendes das von Thomas angegebene, umsomehr, als dasselbe nur wenig gekannt und wenig weiter als in New-York und Brooklyn gebraucht werde. Es gleicht der Sims'schen Curette in der Form, ist aus Kupferdraht gearbeitet, welcher an der Schleife etwa eine Dicke von $^1/_{12}$ bis $^1/_{16}''$ besitzt. Trotz seiner Biegsamkeit genügt es 1) zur Entfernung von hyperplastischer Uterusschleimhaut, 2) von Placentaresten, 3) von »diffusem Sarkom der Mucosa des Uterus«. Verf. beabsichtigt nicht auf die Affectionen näher einzugehen, bespricht jedoch die Indicationen ebenso ausführlich, wie die anderen Capitel in dem systemvoll gehaltenen Aufsatze: Beschreibung des Instrumentes, Manier der Anwendung, Contraindicationen. Den Schluss bilden kurze Mittheilungen über 25 Fälle, in denen das Instrument angewendet wurde; nach den interessanten Ausführungen des Verf.'s ist dieses Instrument jedenfalls als eine Bereicherung zu betrachten. (An der gynäkologischen Klinik des Geh. Hofrath Schultze zu Jena sind stumpfe Drahtcuretten aus biegsamem Messingdraht, ganz ähnlich dem Thomasschen Instrument, ebenfalls in Gebrauch. Ref.) **Küstner** (Jena).

2. Hartstein. Ueber die hämostatische Wirkung der Irrigation von warmem Wasser bei Verletzung von Blutgefässen.
(Von der med. Facultät der Univ. Bonn gekrönte Preisschrift. Bonn, **Strauss**, 1878.)

Eines unserer heutigen Modemittel bei uterinen Blutungen: die heissen Irrigationen wandte schon Trousseau an. Neuerdings wurden dieselben von der New-Yorker gynäkologischen Schule aus wieder empfohlen und rasch allgemein aufgenommen. Die trotzdem spärliche Literatur liess es bis heute zweifelhaft ob die hämostatische Wirkung des heissen Wassers bei intrauterinen Blutungen direct durch die Irrigation oder indirect durch die Uteruscontraction bedingt sei. Dies zu erhärten untersuchte Verf. den Einfluss von Heiswasserirrigationen bei sonstigen Blutungen. Durch zahlreiche, mühevolle, exacteste an Frosch, Kaninchen und Hammel vorgenommene Experimente kommt Verf. zum sicheren Resultate, dass in Hinsicht auf hämostatischen Einfluss die Irrigation von warmem Wasser nicht günstig sondern schädlich wirke.

Der Effect der Irrigation in die Uterushöhle resp. Scheide muss also ein ganz anderer sein, denn hier wirkt dieselbe als starkes wehenerregendes Mittel. Durch die Contractionen des Uterus werden die Blutgefässlumina mechanisch zusammengedrückt. Die gewaltige Muskelmasse des Uterus überwiegt die kleine Muskulatur der Blutgefässe derartig, dass der Effect der Dilatation derselben vollständig aufgehoben wird.

Der Arbeit sind zwei Tafeln beigegeben. Die eine zeigt uns Verf.'s Apparat, der eine genaue directe mikroskopische Beobachtung der Einwirkung des heissen Wassers auf die Blutgefässe, sowie die sehr schwierige photographische Aufnahme dieser mikroskopischen Bilder vermittelst directen Sonnenlichtes ermöglicht. Tafel zwei giebt 10 dieser Photographieen vor und nach der Irrigation, die ohne jedes Wort die Resultate Verf.'s klar legen.

Als schon gekrönte Preisschrift bedarf die Arbeit keines weiteren Lobes. **Herdegen** (Stuttgart).

---

3. Nordau (Paris). Ueber den Forceps Tarnier.
(Bost. med. chirurg. Presse 1879. No. 4—6.)

In einer kurzen historischen Einleitung erwähnt Verf. der zahllosen unwesentlichen Modificationen, die sich das Chamberlen-sche Instrument seit seiner Bekanntgebung gefallen lassen musste, Veränderungen, die aber seine Unvollkommenheiten nicht beseitigt haben. Als solche Mängel führt er die drei seiner Zeit von Tarnier aufgestellten, von Pajot und Stoltz widerlegten Punkte (vergl. Centralbl. f. Gyn. 1877 p. 38 und 216) an. Für die gewöhnliche französische Zange hat Tarnier ausgerechnet, dass bei einem verhältnissmässig schwachen Zuge von 20 kg, der sich nach Duncan leicht auf das doppelte steigert, nur 17 kg zum Tieferziehen des Kopfes verwandt werden, während letzterer nach dem Parallelogramm der Kräfte mit einer Kraft von 10 kg unnütz auf den Schambogen drücke.

Einige der Versuche diesen Fehlern abzuhelfen citirt Verf., es gründlich zu thun ist aber Tarnier vorbehalten geblieben, dessen Zange allen an ein solches Instrument stellbaren Anforderungen entsprechen soll. Ueber ihre Construction vergl. Centralbl. f. Gyn. 1878 p. 423.

Die Vorzüge zählt N. mit des Erfinders eigenen Worten auf, als Mängel lässt er den hohen Preis (90 Frcs.) und die complicirte Anfügung der Zugstiele gelten. Zahlreiche Geburtshelfer aller Nationen sollen sich schon ausschliesslich des neuen Instrumentes bedienen. In Deutschland wurde nach Verf. bis jetzt nur auf der Schröder'schen Klinik in höchst befriedigender (? Red.) Weise damit experimentirt.

Verf. selbst hat das Instrument schon öfters mit bestem Erfolge angewandt und spricht sich am Schlusse seiner nichts neues und das Bekannte unvollkommen bietenden Arbeit dahin aus: dass in weniger als einem Jahrzehent die Tarnier'sche Zange alle anderen Zangen aus den Händen der Geburtshelfer verdrängt haben werde.

Herdegen (Stuttgart).

---

4. **Leblond** (Paris). Traité élémentaire de chirurgie gynécologique.

Paris, **H. Lauwereyns,** 1878.

Vorliegende interessante literarische Erscheinung ist das erste Werk über operative Gynäkologie in Frankreich, hat den stattlichen Umfang von 42 Bogen und ist mit 281 in den Text gedruckten Holzschnitten versehen. Das Buch ist ein fleissiges Sammelwerk der bekanntesten und üblichsten gynäkologischen Operationsverfahren und enthält wenig Originelles. Die Darstellungsweise ist übersichtlich und klar. Unverkennbar ist in vielen Abschnitten eine Anlehnung an Gaillard Thomas.

Ref. beabsichtigt keineswegs hier eine ausführliche Recension des Buches zu geben, eine kurze Uebersicht des Inhalts und Charakteristik der vertretenen Anschauungen ist der Zweck dieser Zeilen.

Das Werk zerfällt in 3 grosse Abschnitte. Der erste handelt von der Exploration der weiblichen Genitalien. Die verschiedenen Methoden werden ausführlich geschildert und der Untersuchungsapparat sehr vollständig vorgeführt. In seltenen Ausnahmen, wenn andere Methoden zur Präcisirung der Diagnose nicht genügen, ist das Touchiren durch die Blase gestattet. Empfohlen wird die Rectalpalpation mit einem Finger, die Untersuchung mit der ganzen Hand per rectum als ein »barbarisches« Verfahren verworfen. Unter den Speculis werden diejenigen von Ricord und Bouveret am meisten bevorzugt, die Untersuchung wird in der Rückenlage vorgenommen. Die Dilatation des Cervicalcanals als Vorbereitung zur Einführung des Pressschwammes wird empfohlen, die Uterusspecula in ihrer ganzen Mangelhaftigkeit hingestellt. Ein neues Instrument von Chéron zur Messung des Gebärmutterhalses (Cervimeter) wird ausführlich beschrieben.

Der zweite Hauptabschnitt enthält die sogenannte kleine Chirurgie der Gynäkologie. Unter den zahlreich angeführten, complicirten Apparaten zur Irrigation der Vagina vermissen wir den einfachen Irrigator nach Esmarch. Gelobt werden heisse Injectionen nach Trousseau gegen Metrorhagien. Die Cauterisation des Cervix mit dem Ferrum candens wird bei chronischer Metritis warm empfohlen, indem Verf. stets hiermit rasche Verkleinerung des Uterus erzielte. Hat ein Carcinom das Collum bereits überschritten, ist es in die Uterushöhle oder in die Adnexa eingedrungen, so ist die Anwendung des Glüheisens contraindicirt, da der Reiz desselben neue, schnelle Gewebsbildung anregt. Die Vorzüge des Thermocautère, dessen neue in der Form sehr variirende Ansatzstücke nach Paquelin abgebildet sind, wurden gewürdigt, betont indessen seine geringere Wirksamkeit auf die Gewebe gegenüber dem gewöhnlichen Glüheisen. Recht ausführlich wird der Werth der intrauterinen Injection discutirt. Verf. ist sehr eingenommen für dieselbe und betont ihre Ungefährlichkeit, wenn man sich an bestimmte Bedingungen hält. Eine vorausgehende Dilatation des Cervicalcanals wird verworfen, da die injicirte Flüssigkeit stets, auch bei erfolgter Dilatation energische Contractionen des inneren Muttermundes bewirke. Dagegen werden Eisenchloridinjectionen in den Uterus als Stypticum unmittelbar nach der Entbindung als ein äusserst gefährliches Mittel nur bei dringender Lebensgefahr zugelassen. Unter den aufgeführten Pessarien vermissen wir mehrere deutsche z. B. das von Schultze.

Die Methoden der künstlichen Befruchtung von Sims, Courty, Pajot (mittelst des Fecondateur) und das mehr wie unästhetische Verfahren von Eustach (Montpellier) werden sehr genau geschildert. Indicirt ist dieselbe nur bei einfachen nicht entzündlichen Deviationen, nachdem man sich von der Anwesenheit von Spermatozoen im Sperma überzeugt hat. Ausgeführt werden soll sie einige Tage vor der Regel, tritt dieselbe trotzdem ein, so ist der Versuch 6—8 Tage nach der Regel zu wiederholen.

Wir vermissen in diesem zweiten Hauptabschnitt ein Capitel über Narkose, Wundnaht und vor allem über Antisepsis.

Der dritte Theil enthält die eigentlichen Operationen. Die Beschreibung derselben, die Fassung der Indication und Contraindication ist klar und kurz und lehnt sich an vielen Orten innig, ja wörtlich an andere Autoren an. Eine kritische Sichtung und Discussion differirender Anschauungen findet sich nur in wenigen Punkten. Methoden deutscher Operateure finden oft eingehende, wenn auch nicht überall genügende Berücksichtigung. Eine kurze anatomische Beschreibung der betreffenden Theile, meist durch Bilder erläutert, ist den einzelnen operativen Abschnitten vorausgeschickt.

Beim Vaginismus wird erst nach Erschöpfung aller übrigen Mittel die Operation nach Sims zugelassen. Zur Heilung von frischen Dammrissen werden ausschliesslich Serres-fines von Créquy empfohlen. Bei der Operation des veralteten, unvollkommenen Dammrisses

wird die Zapfennaht angewandt, für den vollkommenen nur die Methoden von Emmet, Thomas, Demarquay und Bantock beschrieben. Dem Steinschnitt ist ein besonderes Capitel gewidmet. Für kleine Blasenscheidenfisteln wird das eigenthümliche Verfahren von Amabile (Neapel) ohne Naht gerühmt. Dargelegt werden ferner die Methoden von Jobert, Simon, Sims und Bozeman aber nicht discutirt. — Die blutige Spaltung des Collum uteri wird als gefährlich hingestellt, vorgezogen die Elektrolyse. Bei der Amputation der Vaginalportion wird die Operation in situ bevorzugt, die Gefahr der Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes eingehend gewürdigt. Kehrer's Verfahren der keilförmigen Excision wird in wörtlicher Uebersetzung wiedergegeben. Verf. erlaubt sich kein endgültiges Urtheil über dasselbe, unzweckmässig scheint es ihm bei supravaginaler Hypertrophie zu sein, da die seitlichen Einschnitte, um genügend tief zu sein, leicht Peritoneum und Blase verletzen können. Bei einfacher Hypertrophie wird die Operation nach Sims, bei supravaginaler die nach Huguier empfohlen. Bei Carcinom der Vaginalportion ist am zweckmässigsten die Galvanokaustik, deren Methoden sehr umständlich gegeben werden.

Bei Fungositäten des Uterus wird die einfache Aetzung der Auskratzung vorgezogen. Operationen gegen Prolapsus uteri dürfen nur ausgeführt werden, nachdem man palliative Mittel erschöpft hat, ein vollständiger Effect wird durch eine Operation fast niemals erzielt. Bei der operativen Behandlung der Inversio uteri wird der Ecraseur verworfen, empfohlen die elastische Ligatur nach Courty. Die Enucleation eines Fibroides darf nur dann vorgenommen werden, wenn durch dasselbe das Leben direct gefährdet wird. Gegen bedrohliche Blutungen bei Fibroiden wird der Incision in die Kapsel das Wort geredet, auch finden Ergotininjectionen mit Hinweis auf Hildebrand Berücksichtigung. Péan's Hysterotomie wird genau beschrieben.

Bei Ovarialtumoren, deren Exstirpation verweigert wird oder unmöglich ist, ist Verf. sehr eingenommen für die Behandlung mit Jodinjectionen nach Boinet. Bei der Ovariotomie folgt Verf. den Anschauungen von Koeberlé. Wenn auch ein Abspülen der Instrumente und Hände mit Carbolsäure vor der Operation empfohlen wird, so ist doch von einer wirklichen Antisepsis keine Rede. Die äussere Stielbehandlung wird allein empfohlen, die Versenkung als zu gefährlich verworfen. Die Fixation geschieht mittelst Serre-noeuds. Für den Schluss der Bauchwunde wird die Naht nach Péan und nach Koeberlé (s. Centralbl. f. Gynäk. 1877, p. 313) gerühmt. Die Indicationen und Contraindicationen sind genau nach Koeberlé gefasst (s. Koeberlé, Nouv. dict. de méd. et chir. p. 597 referirt im Centralblatt f. Gynäk. 1878, p. 320). Endlich wird noch die Operation nach Battey angeführt und die Anschauungen von Sims reproducirt, während Verf. sich in seinem Urtheil über die Zulässigkeit dieser Operation sehr reservirt verhält.

Runge (Berlin).

---

5. **G. Veit** (Bonn). Ueber die Leitung der Geburt bei Doppelmissgeburten.

(Sammlung klin. Vorträge No. 164—165. p. 545.)

Während Hohl in seinem das gleiche Thema behandelnden Werke den Versuch unterliess, die verschiedenen Formen der Doppelmissbildung gesondert zu betrachten und den Geburtsverlauf mit den eintretenden Naturhülfen bei jeder Form näher festzustellen, um daran die Weisungen für das geburtshülfliche Handeln zu knüpfen, so leistet nach dieser Seite hin das vorliegende Werk das denkbar Mögliche. Nach diesen Gesichtspunkten lassen sich die sogenannten Doppelmissbildungen in 3 Gruppen theilen:

1) Diejenigen, welche einfach durch Zunahme des Umfanges des ganzen Körpers oder einzelner Theile die Geburt wesentlich erschweren: Diprosopus, Kephalothoracopagus, Dipygus.

2) Diejenigen, bei denen die Verwachsung nur das eine oder andere Körperende betrifft, und die daher entweder an sich die Neigung haben, sich in einer fortlaufenden Linie zu lagern oder doch sich in eine solche inter partum bringen lassen: Kraniopagus, Ischiopagus, Pygopagus.

3) Diejenigen, bei denen hauptsächlich die mehr oder weniger grosse Verschiebbarkeit der einzelnen Körper oder Körpertheile aneinander während des Geburtsactes beachtet werden muss: Thoracopagus, Dicephalus.

Ad 1. Bei geringeren Graden des Missverhältnisses zwischen Geburtsobject und Canal reicht bei Diprosopus und Kephalothoracopagus die Extraction manuell oder mit der Zange aus; die Beckenendlagen sind daher bei diesen Formen als die günstigeren zu betrachten — sonst schafft man sich durch Verkleinerung des Umfanges der Frucht Raum. Beim Dipygus sind, wenn er sich in Beckenendlage stellt, auf alle Fälle sämmtliche Füsse herunterzuschlagen, um das excessive Volumen des Steisses möglichst zu verringern.

Ad 2. Bei Kraniopagen gelingt es selbst, wenn die beiden Körper winkelig zusammenstossen, sie in eine Linie zu stellen, so dass wenn der erste mit den Füssen zuerst, der zweite mit den Füssen zuletzt geboren wird; liegt das verschmolzene Ende vor, wäre also das eine Kind auf die Füsse zu wenden. Liegt Ischio- u. Pygopagus mit dem verschmolzenen Ende vor, so käme hier die Wendung auf das freie Ende des einen Kindes, da dasselbe von einem Kopfe gebildet wird, nicht in Betracht. Man würde also handeln müssen wie beim Dipygus, die Füsse herunterstrecken und dann verfahren wie beim gleichzeitigen Durchtritt getrennter Zwillinge durchs Becken. —

Ad 3. Bei den Dicephalen hängt der Verlauf und die Art der Kunsthülfe wesentlich ab von der Verschiebbarkeit der doppelten Theile aneinander; dieselbe ist proportional dem Umfange der Verdoppelung. Beim Dicephalus dibrachius wird bei Kopflage nach der Geburt des einen Kopfes — das ungeborne Monstrum befindet

sich dann in Schulterlage — sich die Wendung auf die Füsse empfehlen, eine Operation, welche durch die Decapitation des geborenen Kopfes wesentlich erleichtert würde. Jedoch können auch beide Köpfe nacheinander in das Becken treten und mit Forceps entwickelt werden. Bei Steisslage entwickelt man die Köpfe nach einander. Bei Dicephalus tribrachius ist die Geburt stets ohne Zerstückelung möglich ebenso beim quadribrachius, bei dem ganz wie beim Thoracopagus zu verfahren ist. Die Geburt der Thoracopagen verläuft anerkanntermassen in Fusslage (beide Früchte) am günstigsten, es gelten für die Leitung dieselben Principien wie bei der Geburt getrennter Zwillinge, man muss bemüht sein dem hinteren den Vortritt zu gestatten. Bei gleichzeitigem Eintritt beider Köpfe wird, wenn die Wendung unmöglich ist, nur bei sehr kleinen Kindern die Verkleinerung des einen Kopfes zu umgehen sein. Tritt ein Kopf allein ein, so kann die ganze Geburt spontan verlaufen; erfordert jedoch die Vorbewegung eine Verzögerung, so ist Forceps anzulegen. Tritt danach auch der zweite Kopf ein, so setzt er der Extraction meist kein erhebliches Hinderniss entgegen. Stockt die Geburt nach dem Austritt des ersten Kopfes, so ist meist der zweite Kopf mehr oder weniger erheblich abgewichen, alsdann muss man in erster Linie an die Wendung des zweiten Kindes denken — die Füsse, zu denen man am leichtesten kommt, gehören meist dem zweiten Kinde — nur im Falle von sehr fester Einpressung des halbgeborenen Kindes würde eine Einwirkung (— Wendung des zweiten Kindes —) auf den Steiss dieses indicirt sein. Das erst angegebene Verfahren erwies sich in einem von V. kürzlich erlebten, ausführlich mitgetheilten Falle von der promptesten Wirkung.

Den Schluss des Vortrags bilden Winke und Anweisungen die aus den verschiedenen Situationen, in denen sich der Arzt den Doppelmissbildungen gegenüber am Kreissbette befindet, erwachsen. Den auf diesem Gebiete weniger Bewanderten erleichtern beigegebene Copien aus dem Förster'schen Atlas wesentlich das Verstehen der interessanten Schrift.

Ref. hat die angenehme Pflicht das Original den Fachgenossen zum eingehenden Studium aufs angelegentlichste zu empfehlen. —

Küstner (Jena).

---

6. **Puech** (Nimes). Neue Untersuchungen über die Hernien des Ovariums.

(Annales de Gynécologie 1878. November.)

Im ersten Abschnitt seiner Arbeit giebt Verfasser eine historische Uebersicht; den zweiten hat er der pathologischen Anatomie gewidmet:

Man findet Ovarialhernien überall vor, wo auch Hernien anderer Intestina vorkommen; am häufigsten sind die Inguinalhernien sowohl bei Neugeborenen als Erwachsenen. Verf. hat 86 Fälle zusammengestellt; sie sind als wirkliche Missbildungen zu betrachten und in Folge dessen viel häufiger angeboren (54 von jenen 86 Fällen) als

erworben und dies Verhältniss wird sich bei genauerer Untersuchung der Fälle in Zukunft noch mehr zu Gunsten der angeborenen ändern. Die angeborenen Inguinalhernien des Ovariums kommen häufig in Verbindung mit andern Missbildungen der äussern oder innern Genitalien vor (33 mal von den 54). Ihr Zustandekommen erklärt sich Verf. durch eine vermehrte Abwärtssteigung des Ovariums wobei das runde Mutterband die Rolle des Gubernaculum Hunteri spielt. Die doppelseitige Hernie ist meist in Verbindung mit Mangel des Uterus und Hermaphroditismus. Bei einseitigen ist die linkerseits häufiger.

Die erworbenen Inguinalhernien des Ovariums sind immer einseitig, häufiger rechts als links. Sie entstehen vorzugsweise im Wochenbett wenn vorher Darmhernien bestanden haben.

Von Cruralhernien des Ovariums kennt Verf. 14 Beobachtungen, sie sind immer erworben, immer einseitig und kommen gleichmässig rechts und links vor.

Hernia ischiadica des Ovariums wurde 2 Mal beobachtet, Hernia umbilicalis 1 Mal in einem der beiden obengenannten Fälle, das rechte war aus der Incisura ischiadica, das linke aus dem Nabelweg ausgetreten.

Hernia obturatoria einmal.

Die Symptome sind verschieden nach dem Alter der Patientin, dem Sitz und der Natur der Hernie und den etwa vorhandenen Complicationen, namentlich von Seiten anderer Organe. Aber im Allgemeinen sind die Symptome wenig präcis und eine sichere Diagnose oft schwierig.

In der Kindheit wird man selten mehr als die Existenz des Tumors finden können.

Mit der Pubertät und der Entwickelung der Ovarien tritt dann die specifische Empfindlichkeit desselben auf, Schmerz und Wollustgefühl zu gleicher Zeit entfaltend.

Die Empfindlichkeit steigert sich bei jeder Menstruation und ist manchmal eine deutliche Vergrösserung des Organs zu beobachten.

Verschiedene ausführlich wiedergegebene Krankengeschichten dienen den Betrachtungen des Verf. zur Erläuterung.

Schellenberg (Leipzig).

---

7. **Vervier** (Paris). Gynäkologie und Dermatologie in ihren gegenseitigen Beziehungen.

(Gaz. obstetr. 1878. No. 22 u. 23.)

Unter diesem Titel stellt Verf., nach einigen einleitenden Bemerkungen über die Wichtigkeit der Berücksichtigung des Allgemeinzustandes bei Behandlung gynäkologischer Kranken, in 5 Capiteln die Ansichten der französischen Autoren zusammen über: 1) die Metritis und ihre Complicationen bei Skrophulösen; 2) die Metritis und ihre Complicationen bei Arthritischen; 3) die Vereinigung der skrophulösen und arthritischen Diathese in den Uterinkrankheiten; 4) die herpetischen Complicationen der Metritis; 5) die Syphilis in gynäkologischer Hinsicht. Einige eigene Beobachtungen werden angeführt. Die Anschauungen und Begriffe des Verf. und seiner Gewährsmänner decken

sich nicht überall mit den in Deutschland herrschenden. Die Abhandlung enthält weder in pathologisch-anatomischer noch in klinischer Beziehung neue Gesichtspunkte.

Schellenberg (Leipzig).

---

8. **E. Fissiaux** (Paris). Die Stricturen der Urethra beim Weibe.

(Annales de Gynécologie 1879. Januar u. März.)

Die Stricturen der Urethra beim Weibe sind selten, aber sie sind es vielleicht weniger als man denkt, denn die natürliche Weite des Canals lässt die Symptome nicht hervortreten, so lange die Affection noch keine hochgradige ist.

Die Ursachen, welche die Stricturen hervorbringen sind namentlich in Bezug auf die Häufigkeit ihres Vorkommens sehr verschieden. Angeborene, spasmodische und symptomatische Stricturen sind selten; letztere entstehen wenn entweder ein Tumor benachbarter Theile die Wand der Urethra comprimirt, oder wenn auf der Schleimhaut derselben selbst Neubildungen, Polypen, entstehen. Am häufigsten sind Blennorrhöe, Traumen (Geburten) und Narben syphilitischer Geschwüre die Ursache.

Die Affection ist schon weit vorgeschritten wenn die ersten Symptome auftreten. Verminderung des Urinstrahles, Erschwerung des Urinirens, Erscheinungen von Cystitis, manchmal complete Retention des Urins, mit oder ohne Incontinenz, sind vorzugsweise die Symptome, welche die Aufmerksamkeit des Arztes auf eine Urethralaffection hinleiten. Selten geschieht dies erst durch schwere Erscheinungen wie Blasenruptur.

Die Diagnose ist leicht zu stellen.

Von Complicationen sind vor Allem Blasenscheidenfisteln zu nennen, die sowohl durch dieselbe Ursache wie die Strictur (Traumen) entstanden sein können, als auch in seltenen Fällen erst in Folge der Stricturen entstehen.

Therapeutisch ist vielerlei versucht worden. Die Urethrotomia externa ist einige Mal mit Erfolg gemacht worden; sie ist jedoch als zu gefährlich zu verwerfen. Dasselbe gilt von der forcirten Dilatation. Die beiden besten Methoden sind die allmälige Dilatation und die Elektrolyse. Diese letztere Methode hat in der letzten Zeit zahlreiche günstige Resultate aufzuweisen und sollte sie immer da versucht werden wo die Dilatation nicht zum Ziele führt, namentlich ehe man zur Punction der Blase schreitet.

Zahlreiche Krankengeschichten erläutern die einzelnen Abschnitte der Arbeit.

Wenn Verf. darüber Klage führt, dass in den Handbüchern der Gynäkologie dieser Gegenstand bis jetzt vollständig vernachlässigt sei, so ist ihm die Winckel'sche Arbeit (Handbuch von Billroth) entweder unbekannt geblieben oder er hat sie aus »Patriotismus« ignorirt. Dort würde er das wichtigste haben finden können.

Schellenberg (Leipzig).

---

9. **Cruse** (Petersburg). Zur Kenntniss des angeblichen Zucker- und Eiweissgehalts des Säuglingsharns.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XIII. Hft. 1 und 2.)

Verf. hatte gefunden, dass der Harn gesunder Säuglinge keinen Zucker und nach dem 10. Lebenstag auch kein Eiweiss enthalte. Hingegen behauptet Pollack beide Stoffe in demselben vorgefunden zu haben. Der Nachweis des Zuckergehaltes scheint Verf. wegen der angewendeten Brücke'schen Methode nicht gesichert. Erneuerte Untersuchungen ergaben, dass der Harn kein Eiweiss, dagegen Stoffe enthält, die dasselbe vortäuschen können, wahrscheinlich Mucin. Das Nähere über die angewandten Methoden u. s. w. siehe im Original.

Fehling (Stuttgart).

---

10. **L. Franck** (München). Zur Kenntniss der sogenannten Wasserkälber.

(Deutsche Zeitschr. für Thier-Med. etc. Bd. V. Hft. 1 und 2. 1879.)

Nicht selten werden Kälber geboren, die allgemein wassersüchtig sind. Man kennt sie unter den Namen: Wasser-, Speck- oder Mondkälber. Die nächsten Ursachen dieser Fötalkrankheit sind unbekannt. Virchow fand in einem solchen Falle Unwegsamkeit des Milchbrustganges.

Verf. hatte vor Kurzem Gelegenheit einen solchen Fötus eingehend zu untersuchen und fand hierbei keine Spur eines Milchbrustganges, gänzlichen Mangel von Lymphbahnen in der sogenannten Darmscheibe u. A., sowie keine einzige Lymphdrüse. Durch diese Defecte erklärt F. die Anstauung und Durchtränkung des ganzen Körpers mit Lymphe. Die Organe der Missgeburt waren alle vollkommen entwickelt, die Knochen dagegen rhachitisch.

Roeckl (Stuttgart).

---

11. **V. Blumm** (Bamberg). Stickstoffoxydulgas als Anaestheticum.

(Aerztliches Intelligenzbl. 1878. No. 31 und 32.)

Nach einer Einleitung, die sich mit den bekanntesten Thatsachen aus der Geschichte des Stickstoffoxydulgases beschäftigt, folgen Versuche an Kaninchen, welche den Einfluss des N_2O auf Respiration, Puls und Reflexerregbarkeit klar legen sollen (sie sind zu einer Zeit gemacht, wo von der unter Zuntz verfertigten Gottstein'schen Arbeit nur die vorläufige Mittheilung bekannt war), und aus denen mit Rücksicht auf 112 genau beobachtete Narkosen an Menschen Folgendes hervorgeht:

Das N_2O-Gas hat ausser der asphyktisch-machenden noch eine specifisch berauschende Wirkung, welche veranlasst, dass der Mensch von den Unannehmlichkeiten der Asphyxie bald nichts mehr merkt. Die Reflexlosigkeit (im Original steht durch einen unglücklichen Druckfehler Reflexerregbarkeit) tritt daher bei N_2O-Asphyxie viel früher ein als

bei gewöhnlicher Asphyxie. Trotzdem muss der bisher sehr verbreiteten und namentlich von Grohnwald vertretenen Ansicht, dass die Empfindungen beim Einathmen von N_2O nur angenehmer Natur seien, entgegengetreten werden; sie sind vielmehr, wenigstens bei den ersten Zügen, entschieden unangenehm, oft sogar unausstehlich, wie durch einige Krankengeschichten und einen von B. an sich selbst angestellten Versuch bewiesen wird.

Durch N_2O entsteht nach dem Verf. eine Pulsverlangsamung mit ziemlich rasch folgender Suspension des Herzschlages, was durch Vagusreizung erklärt werden muss, da nach Durchschneidung der Vagi das Herz trotz der lang andauernden Asphyxie weiter schlägt.

Die bei Narkose an Menschen häufig auftretende Cyanose ist nicht eine Folge von CO_2-Ansammlung im Blute, sondern ein Symptom venöser Stauung, eine Folge der eingetretenen Verlangsamung der Herzthätigkeit, sowie der durch O-Mangel entstandenen Reizung der vasomotorischen Nerven.

Die gewöhnliche Erstickungsasphyxie und die N_2O-Asphyxie unterscheiden sich nur dadurch, dass die hervorgerufenen Symptome bei der Gasasphyxie rascher eintreten, weniger intensiv sind und nach Aufhören der Gaszufuhr viel rascher wieder schwinden, als bei gewöhnlicher Asphyxie. **Kobert** (Halle).

---

12. J. M. Duncan (London). Bemerkungen über Antisepsis in der Geburtshülfe.

(Brit. med. Journ. 1879. Febr. 15 und 22.)

Wie die Heimath Lister's sich am längsten abwehrend gegen die Verwerthung seines Systems in der Chirurgie verhalten hat, ist es daselbt bis jetzt ähnlich mit der Antisepsis in der Geburtshülfe gegangen. Es ist daher ein entschiedenes Verdienst des in der deutschen Literatur wohlbewanderten Duncan's dieses Capitel auch in England auf die Tagesordnung gebracht zu haben.

Die locale Anwendung antiseptischer Mittel in solchen Fällen, wo die Nase schon zur Diagnose des putriden Zerfalls der Lochien genügt, ist schon sehr alt; sie stammt von Harvey her. Warum allerdings dabei das eine Mal der Process ganz fieberlos verläuft, ein ander Mal eine schwere Septikämie sich entwickelt, ist vorläufig unklar. In allen Fällen muss das putride zur Septikämie führende Gift möglichst aus dem Uterus entfernt werden, entweder durch Irrigationen etc. oder nach Verf. selbst durch die tastende Hand. Bei intrauterinen Irrigationen bedarf es grosser Vorsicht wegen der Möglichkeit des Lufteintritts, der Carbolsäureintoxication, das Zurücklassen einer Drainröhre im Uterus würde nach Verf. nicht antiseptisch, sondern septisch wirken, Verf. empfiehlt es daher nur für Ausnahmsfälle. Der Uebertritt von Flüssigkeit bei intrauteriner Injection in die Venen kann vielleicht durch Ergotindarreichung verhindert werden.

Der Hauptnutzen der modernen Anwendungsweise der Antisepsis

in der Geburtshülfe liegt in der Prophylaxis, wie zahlreiche deutsche, französische und englische Autoren nachgewiesen haben.

Die Unmöglichkeit eine Geburt streng nach Lister unter dem Spray vor sich gehen zu lassen, liegt klar, ebenso wenig liegt die Möglichkeit für den Kaiserschnitt vor. Die antiseptische Prophylaxe ist für Spital- und Privatpraxis dieselbe, in erstrer ist ihr Werth vielfach bewiesen, besonders durch Herabsetzung der Mortalität der Entbindungsanstalten. Eigene Erfahrungen hierüber hat Verf. in der Edinburger Gebäranstalt gemacht, und er meint darnach, dass so weitgehende und zeitraubende Vorsichtsmassregeln, wie sie an der Basler Klinik geübt würden, unnöthig seien. Die Uebertragung wird verhindert durch peinliche Desinfection, auch ohnehin soll der Geburtshelfer Autopsien meiden.

Die Septikämie durch Fäulniss (Selbstinfection) ist wesentlich eine Erkrankung ausgehend vom Uterus und den verwundeten Geschlechtstheilen; sie verschwindet, sobald die putriden Stoffe entfernt oder die resorbirenden Oberflächen mit Granulationen bedeckt sind.

Dies ist das unterscheidende Merkmal von der gewöhnlichen Septikämie, eine Combination beider kann vorkommen, wovon Verf. einen Fall citirt. Er meint daher, dass nur durch Vernachlässigung dieser in Deutschland allerdings ungebräuchlichen Unterscheidung Fritsch zur Aufstellung eines besondern Status puerperalis, der die Disposition der Entbundenen zu Wochenbettserkrankungen erklären soll, gekommen sei. Auch die Behandlung sei darnach wesentlich zu trennen, nur bei der Septikämie durch Fäulniss werde man gute Resultate haben, sonst nicht. Trotzdem ist auch in den schweren septischen Fällen eine gewöhnliche antiseptische Behandlung nöthig.

Endlich muss bei der Pflege des Neugebornen an die Infectionsfähigkeit des Fötus vom Nabel oder von den Lungen aus gedacht und darnach verfahren werden. **Fehling** (Stuttgart).

---

13. C. **Ruge** (Berlin). Zur gynäkologischen Diagnostik: Die Excision kleiner Stücke und die Evasion.

(Berliner klin. Wochenschrift 1879. No. 4.)

Verf. vertheidigt zunächst die von ihm und Veit in die gynäkologische Praxis eingeführte Methode, gegen derselben namentlich von Leopold und A. gemachten Vorwürfe: als sei es mindestens gewagt eine bestimmte Diagnose auf Carcinom etc. aus kleinen excidirten Schleimhaut- oder Gewebsstückchen zu machen.

Wenn diese Behauptung im Allgemeinen zwar zutreffend sei, sodass man aus einem kleinen mikroskopisch untersuchten Stück z. B. von drüsigem Bau nicht unterscheiden könne, ob dasselbe vom Darm, dem Uterus, der Nase, der Brust etc. herstamme, so wenig sei sie es im speciellen Fall.

Hier, wo die Kenntniss des Sitzes der Veränderung, die Kennt-

niss des Mutterbodens vorhanden, wo ferner die Anamnese, die klinische Untersuchung etc. zur Seite stehe, sei es gewiss gerechtfertigt und auch möglich die pathologisch-anatomische Diagnose auf diese Weise mit Sicherheit zu stellen.

Verf. verbreitet sich dann weiter über die bisherigen Resultate seiner Untersuchungen und seiner Methode, die sehr erfreulich seien.

Erstens sei in der Gynäkologie allgemein anerkannt worden, dass die bestehenden Ansichten über Erosion, folliculäre Ulceration etc. einer Reform dringend bedürftig seien und zwar in der von R. vertretenen Richtung. Zweitens habe man in therapeutischer Beziehung, namentlich in der Berliner Klinik, eine Reihe sehr segensreicher Resultate durch die operative Behandlung, der auf diese Weise mit Sicherheit als bösartig erkannten Veränderungen im Uterus, erzielt und zwar wesentlich durch die Möglichkeit im Beginn der Krankheit einzugreifen.

Zum Schluss veranschaulicht Verf. durch verschiedene Abbildungen nach mikroskopischen Präparaten die verschiedenen Formen der in Betracht kommenden Erkrankungen. **Schellenberg** (Leipzig).

---

14. **O. E. Herrick** (Greenville, Michigan). — Die galvanische Behandlung der Geschwüre der Vaginalportion und der Vaginalleukorrhoe.

(Mich. med. news 1878. August 25.)

Veranlasst durch die Erfolge des Dr. Charles R. Miles mit dem galvanischen Strome bei Decubitus und anderen chronischen Geschwüren (Med. and Surg. Reporter) versuchte Verf. das gleiche Mittel bei einem Falle von Prolapsus uteri mit grossen Geschwüren des Cervix und profuser Leukorrhoe. Er hatte der Pat. ein Pessar aus mit weichem Gummi überzogenen dicken Silberdrahte angelegt, dessen Stiel über der Symphyse an einer Pelotte befestigt war; obschon dieses Pessar den Uterus vollkommen zurückhielt, so hatte doch nach 10 Tagen keine Besserung in den Geschwüren und der Leukorrhoe stattgefunden. Verf. nahm nun ein Stückchen Zink 1 Zoll ins Gevierte, bohrte ein Loch durch und befestigte ein Stück Kupferdraht daran, dessen anderes Ende er um den vorspringenden Stiel des Silberdrahtpessars wickelte. Dieses Stückchen Zink that er in einen kleinen ledernen Sack, mit einem in Essig getränkten Schwamme und befestigte das Säckchen an der Unterleibspelotte. Auf diese Weise wurde ein permanenter galvanischer Strom hergestellt. Nach 36 St. untersuchte Verf. die Pat. und fand gesunde Granulationen an dem Geschwüre, anstatt der früheren trägen unreinen Fläche. Die Leukorrhoe hatte aufgehört, das erste Mal seit 1 Jahre. Nach 1 Woche waren Geschwüre und Leukorrhoe vollkommen geheilt, 1 Woche später wurde das Pessar entfernt, und 2 Wochen nach dem war der Uterus noch oben. In 2 anderen noch in der Behandlung stehenden Fällen scheint diese Methode ähnliche Resultate zu versprechen.

P. F. Mundé (New-York).

---

15. **Dupuy** (Saint-Denis). Anwenduug der Metallotherapie in der Gynäkologie; Heilung einer Urinretention durch die Bury'schen Metallplatten.

(Gaz. obstetr. 1879. No. 4.)

Eine 40jährige Hysterica litt schon seit mehreren Jahren an einem permanenten und schmerzhaften Krampf des Blasenhalses. Ausserdem war eine chronische Cervical-Metritis und sehr ausgesprochene Hyperästhesie des linken Ovariums vorhanden. Hysterische Krämpfe und häufiger Oesophagus-Krampf fehlten nicht.

Im letzten Jahre wurde die Urinretention eine vollständige, so dass 5 Monate lang der Katheter täglich applicirt werden musste. Durch verschiedene Antispasmodien vorübergehende Besserung; die Retention wurde später wieder eine vollständige und die Kranke liess nur alle 2 bis 3 Tage das Katheterisiren zu, wegen der enormen Schmerzhaftigkeit.

Verf. kam nun auf die Idee, Metallotherapie anzuwenden. Da Gold die hysterischen Krämpfe verstärkte, Kupfer, Silber und Stahl sie dagegen milderte, so wurden Platten von letzteren Metallen auf die Blasengegend und den Oberschenkel gelegt. Eine Stunde nachher konnte die Kranke ohne Beschwerden uriniren. Der Ovarialschmerz, die Schlundkrämpfe und die Convulsionen hörten auf. Bei dem geringsten Wiederauftreten halfen die Metallplatten sofort.

Schellenberg (Leipzig).

---

16. **A. Martin** (Paris). Ueber das Oedema durum der grossen Schamlippen als Symptom der primär- und secundär syphilitischen Affectionen der Vulva.

(Annales de Gynécologie 1878. December.)

Es handelt sich um eine Affection der grossen Schamlippen, welche alle Erscheinungen des ersten Stadiums der Elephantiasis arabum darbietet, aber als Symptom der primär- oder secundär syphilitischen Infection anzusehen und analog der vom Verf. früher (Gazette des Hôpitaux 1864) beschriebenen Phimosis syphilitica bei Männern ist.

Die Hauptsätze lauten:

1) Diese Affection besteht in einer beträchtlichen Vergrösserung des Volumens der grossen Schamlippen, deren Oberfläche blass, warzig und von zahlreichen Furchen durchzogen ist; sie fühlen sich elastisch an und die Berührung ist schmerzlos. In manchen Fällen verbreitet sich die Affection auch auf die kleinen Schamlippen.

2) Die Affection besteht wahrscheinlich aus einer Hypertrophie mit Hypergenese der wesentlichen Elemente der Haut und des Bindegewebes.

3) Sie ist oft begleitet von einer eigenthümlichen Form von Papeln. Diese Papeln sind klein, rund, sehr hart, von einem warzigen Ansehen, manchmal genabelt und durch die hypertrophischen Haarfollikel gebildet.

4) Die Affection ist eine syphilitische und man findet sie in 5 % der Frauen, welche mit primären oder secundären Erkrankungen der äusseren Genitalien behaftet sind. Sie überdauert lange, meistens mehrere Monate, die Vernarbung der Ulceration, die sie hervorgebracht hat.

5) Allein eine allgemein antisyphilitische (Schmier-) Cur ist von Wirkung. Die Localbehandlung hat keinerlei Erfolg.

Schellenberg (Leipzig).

---

17. **A. L. Galabin** (London). Ueber Prolapsus uteri und den Causal-Zusammenhang desselben mit hypertrophischer Elongation des Cervix.

(The obstetr. Journ. of Great Brit. and Irel. No. LXVI. p. 349. 1878. Septbr.)

Dass eine hypertrophische Verlängerung des Cervix und Hervorragen desselben aus der Vulva ohne Herabsinken des Fundus uteri nicht, oder nur höchst selten, einen Prolapsus uteri vorzutäuschen vermöge, hat Verf. durch Messungen der Uterushöhle in solchen Fällen zu beweisen sich bemüht. Er fand diese Höhle gewöhnlich nur $4^1/_2''$, als selten erreichtes Maximum $5^1/_2''$ lang, während sich bei normalem Stande des Fundus mindestens $5^1/_2''$ in Maximo bis wenigstens $7^1/_2''$ hätten ergeben müssen. Demnach ist der Fundus stets herabgesunken, wobei aber freilich der Cervix verlängert zu sein pflegt. Eine Ausnahme hiervon macht nur die gänzliche Ausstossung des Uterus aus der Beckenhöhle, wobei gewöhnlich das Organ secundär atrophirt und sehr oft retroflectirt ist. Eine Retroflexion ist auch häufig vorhanden, wenn der Fundus noch innerhalb des Beckens bleibt, weil der Uterus im Herabsinken der Beckenaxe folgen muss, wie der Kindskopf bei der Geburt. Sehr gewöhnlich verdünnt sich der elongirte Cervix, und zwar nicht, wie Barnes will, in Folge seniler Atrophie, da dies auch bei jugendlichen Weibern zu beobachten ist, sondern in Folge der Spannung. Und zwar kann die Spannung auf 2 Wegen zu Stande kommen: 1) durch Zug der primär vorfallenden Scheide, welche hierbei gewöhnlich nach einer Entbindung mangelhaft zurückgebildet ist, sehr häufig unter gleichzeitiger Atrophie des Dammes. Je mehr Widerstand die den Uterus fixirenden Bänder dem Zuge der Scheide entgegensetzen, desto mehr elongirt und verdünnt sich der Cervix, 2) oder der hypertrophirte Cervix ist nahe der Vulva angelangt und wird bei einer plötzlichen Anstrengung ausgestossen, eingeklemmt und am Zurückgehn gehindert, während ihn die Elasticität der Bänder und Scheide nach oben zu ziehen streben, wodurch wiederum Spannung und Elongation nebst Verdünnung entsteht.

Uebrigens lässt Verf. doch auch die Schwere des hypertrophirten oder mangelhaft zurückgebildeten Uterus beim Zustandekommen des Prolapses eine Rolle spielen, wenn auch seltener und weniger bedeutungsvoll, als es mit dem primären Scheiden - Vorfall und der von ihm ausgeübten Spannung der Fall ist.

Bei der Behandlung wird die Wirkung der Pessarien kurz besprochen, und namentlich die mit vulcanisirtem Gummi überzogenen elastischen Ring-Pessarien empfohlen (welche aber 1/2″ im Halbmesser haben müssen), theils wegen der leichteren Einführung, theils wegen der Anschmiegung bei plötzlichen Bewegungen. Von den operativen Methoden ist im Allgemeinen als zu eingreifend abzurathen, es genügt sehr häufig eine Herstellung des Perineums, »indem man Sorge trägt, dass seine natürliche dreieckige Gestalt hergestellt, und nicht bloss ein dünnes künstliches Perineum gemacht wird«, wobei auch die hintere Vaginal-Wand nach Simon's oder Hegar's Methode oft verengert werden muss. **Lühe** (Stralsund).

Casuistik.

18. **Grünwald.** Eine neue lebende menschliche Doppelmissbildung.

(Virchow's Archiv. Bd. LXXV. p. 561 mit Abbildung.)

Im October 1877 wurde in Locana (Piemont) eine Doppelmissbildung geboren, die in die Classe der Dicephali tetrabrachii zu bringen ist. Sie ähnelt am meisten der bekannten Ritta-Christina. Die Knaben wurden bei Gelegenheit der im August 1878 in Bern stattgehabten Versammlung der schweizerischen naturforschenden Gesellschaft vorgestellt. **Ahlfeld** (Leipzig).

19. **Fieuzal** (Paris). Hysterische Amblyopie. — (Progr. méd. 1879. No. 1.)

Verf. beobachtete unter 87 Fällen von Amblyopie 2, welche auf hysterischer Grundlage sich entwickelten und theilt einen davon ausführlich mit. Es bestand bedeutende Abschwächung der Sehschärfe und anfangs vermindertes, später vollständig aufgehobenes Vermögen, Farben zu unterscheiden (Dyschromatopsie). Daneben bestand Anästhesie des linken, später auch des rechten Armes, Verminderung des Gehörs und Geruchs und Störungen in der Geschmacksempfindung. Nach vergeblicher Anwendung von Bromkalium, Eisen, methodischer Hydrotherapie, nahm Verf. seine Zuflucht zu der durch Charcot's Versuche in der Salpetrière bekannt gewordenen, in England und Deutschland noch vielfach angefochtenen Metallotherapie. Sämmtliche krankhaften Erscheinungen, mit Ausnahme eines ganz geringen Grades verminderter Sehschärfe, verloren sich bei der vom December 1877 bis August 1878 fortgesetzten Behandlung mit innerer Darreichung von Aur. chlor. und äusserer Application von Gold, nach 3 Monaten von Silber.

Engelhorn (Winnenthal).

20. **Boussi** (Paris). Fibrom der Beckenhöhle.

(Mittheilung in der Société anatomique zu Paris. — Progr. méd. 1879. No. 3.)

Bei der Section einer Frau von 85 Jahren fand Verf. einen mit der vorderen Bauchwand, nach oben mit dem Netz und einer Darmschlinge verwachsenen, an seiner hinteren Fläche freien und glatten Tumor, welcher mit den (NB. beiden!) Ligaments latis zusammenhing. Uterus normal. Ovarien und Tuben sind derart atrophirt, dass man nur noch die linke, in einen fibrösen, unvollständig durchgängigen Strang verwandelte Tube vorfindet. Der Tumor hat die Grösse eines Mannskopfes, ist von ovaler Form und so hart, dass er aufgesägt werden musste. Er besteht aus einer 3 cm dicken, theilweise verkalkten Wandung und einem breiigen Inhalt von bräunlicher Farbe. **Engelhorn** (Winnenthal).

21. **Lawrence.** Ruptur der Fallopischen Tube.
(Obstetr. society of London 1878. Nov. 6.)

Die Patientin litt an Endometritis: der Uterus wird mit Laminaria dilatirt und Salpetersäure applicirt; 4 Tage lang Wohlbefinden, dann Peritonitis, an der Pat. nach 3 Tagen starb.

Autopsie: Allgemeine Peritonitis, besonders im Becken; die linke Tube zu einer Cyste dilatirt, die rechte in noch stärkerem Grade, diese war geborsten. Diese Berstung — meint L. — war nicht etwa durch die Therapie veranlasst, sondern durch die menstruelle Congestion, in der sich die Genitalien um die Zeit der Katastrophe befanden. **Küstner** (Jena).

22. **J. H. Carriger** (Knoxville, Penns.) — Ipecacuanha bei Krampfwehen.
(New-York med. Journ. 1878. Nov.)

Verf. berichtet 4 Fälle aus vielen, in welchen er das Mittel angewendet hat, in denen innerhalb $^1/_2$ Stunde nach Darreichung von 0,1 des Pulvis Ipecac. der seit Stunden krampfhaft contrahirte Muttermund anfing sich zu erweitern, und die äusserst schmerzhaften Krampfwehen in regelmässige Contractionen übergingen, welche in kurzer Zeit die Geburt beendeten. In mehreren Fällen wurden die Wehen so intensiv, dass Morphium gegeben werden musste; in 1 Falle von Beckenenge — 7,5 cm C. v. — wurde 1 Stunde nach dem Ipecac. (trotz 0,025 Morphium) das lebende Kind mit solcher Gewalt durch das Becken getrieben, dass die Symphyse getrennt wurde. Der Kindsschädel wurde ossificirt gefunden. Verf. erinnert sich nur eines Falles, in dem das Mittel erst nach Wiederholung der Dosis die Erweiterung des Muttermundes erzielte. Verf. hält die Ipecac. für ein ebenso sicheres, und weit weniger gefährliches Mittel für Mutter und Kind zur Erweiterung des Muttermundes und Hervorrufung starker Wehen bei Krampfwehen und Wehenschwäche, und beruft sich auf zahlreiche Autoren, welche die contractionserregende Wirkung des Ipecac. auf die ungestreiften Muskelfasern, besonders des Uterus, erwähnen. **P. F. Mundé** (New-York).

23. **Beigel.** Der drittkleinste bekannte menschliche Embryo.
(Archiv f. Gynäkologie Bd. XIII. p. 437.)

Sofern es sich wahrscheinlich bei den von Reichert und Beigel-Löwe beschriebenen Eiern um pathologische handelte, — sie enthalten keine Embryoanlage — so dürfte das fragliche Präparat nicht nur den drittjüngsten beschriebenen Embryo bergen, sondern es stellt überhaupt das drittjüngste beschriebene normale menschliche Ei dar (das jüngste Thomson, das zweitjüngste Coste). Es stammt spätestens aus der dritten Schwangerschaftswoche; im geschlossenen Zustande beträgt der längste Durchmesser der Eihäute 9 mm, der grösste Breitendurchmesser 7 mm. Das Chorion trug allenthalben feine Zöttchen, die an einer Stelle in dichtem Haufen standen. Beim Versuche, Chorion vom Amnion zu entfernen, fiel auf, dass letztere Membran feine Fortsätze in feine Oeffnungen des Chorion entsendete — ein bisher noch nicht beobachtetes Vorkommniss. Der Embryo, mässig gekrümmt, hatte 4 mm Längsdurchmesser — war demnach 1,5 mm kleiner als der Thomson'sche. — Deutlich wahrzunehmen die kleine gestielte Dotterblase, 2 grössere und 2 kleinere Kiemenbögen, die Anlage des Herzens und einer Extremität; von einer Anlage von Auge und Ohr liess sich nichts wahrnehmen. **Küstner** (Jena).

24. **C. Higgens** (London). Asthenopie bei Frauen in der klimakterischen Periode. (Brit. med. Journ. 1878. Oct. 12.)

Das Leiden ist, wie Verf. zeigt, gar nicht selten, charakterisirt durch baldige Ermattung und Schmerzhaftigkeit der Augen beim Versuch in der Nähe zu lesen oder zu arbeiten. Meist sollen Störungen in der Menstruation dabei vorkommen.

Meist empfiehlt sich, Gläser zu geben, etwas stärker als nöthig wäre, um die manifeste Hypermetropie zu neutralisiren, um zugleich die Accommodationsfähigkeit zu unterstützen. Schwache Convexgläser, Anwendung kalter Douche sind angezeigt. Heilung meist von selbst mit Eintritt der Menopause. **Fehling** (Stuttgart).

25. T. R. Walker (Anchorage, Kentucky). Abnorme Verwachsung der Placenta. (Louisville med. News 1878. Sept. 7.)

Verf. fand bei einer Schwarzen mit geräumigem Becken eine 1. Querlage, rechte Schulter vorliegend. Er versuchte die Schulter hinauf zu schieben und den Kopf einzuleiten, fand aber stets, dass der Kopf mit einem Ruck hinauf gezogen wurde, als ob er oben befestigt sei. Wendung auf die Füsse und Extraction wurden ausgeführt; die Placenta ging mit dem Kinde ab, und es fand sich, dass dieselbe mit einem Rande an der grossen Fontanelle befestigt war, während die Nabelschnurinsertion sich am anderen Rande befand. Die Eihäute und Kopfhaut schienen continuirlich zu sein, Hydrocephalie, Kopfknochen unvereinigt, Wolfsrachen. (Eine genauere Beschreibung des Präparates fehlt leider. Ref.)

P. F. Mundé (New-York).

26. Bruntzel (Breslau). Ueber schwere Ereignisse bei Irrigation des puerperalen Uterus. (Breslauer ärztl. Zeitschrift No. 5. 1879. März 8.)

Zu den verschiedenen Veröffentlichungen über üble Zufälle bei Ausspülung des puerperalen Uterus, vergl. Richter (Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäk. 1878. Bd. 2), Küstner, Fritsch, Ref. (Centralbl. f. Gyn. 1878. No. 14, 15, 16), Veit (Deutsche Zeitschrift f. prakt. Med. 1878. No. 33), hat sich ein neuer auf der Spiegelberg'schen Klinik beobachteter Fall, der erste mit lethalem Ausgange gesellt.

Eine 27jähr. IIpara die nach normaler Geburt in Folge unerlaubten Aufstehens am vierten Tage mit Fieber und übelriechenden Lochien erkrankte, wurde am Abende dieses und am Morgen des fünften Tages mit 1% Carbollösung mittelst des Irrigators und Mutterrohrs ausgespült. Nachdem circa 1 Liter durchgespült war, verdreht die Frau plötzlich die Augen, stösst einige Laute aus und verliert das Bewusstsein. Dem sofort aus der Gebärmutter entfernten Mutterrohre folgte eine geringe Menge dünnflüssigen Blutes nach. Der Puls war gleich im Anfange des Anfalles nicht mehr zu fühlen, die Respiration hielt noch 5 Minuten länger an. Trotz aller Wiederbelebungsmittel blieb die Frau todt, auch die Section gab keine Anhaltspunkte für den Tod.

Verf. wiederholt die verschiedenen Punkte mit denen man bis jetzt solche Zufälle zu erklären versuchte. Loslösung eines Thrombus, Luftembolie, Einfliessen von Luft oder Flüssigkeit in eine Vene und Carbolsäureintoxication weist er zurück und schliesst sich der Richter'schen Ansicht an, welche die bis jetzt beobachteten Fälle auf reflectorischem Wege zu deuten versucht: plötzlicher Stillstand des Herzens, bedingt durch den mechanischen Reiz, der die Uterusinnenfläche traf, sieht er als die Todesursache an.

Ref. versuchte ebenfalls den seiner Zeit von ihm beobachteten Fällen dieselbe Erklärung zu geben, doch hält er wie früher im Hinblicke auf den, bei allen genau beschriebenen Fällen besonders erwähnten, sogleich nach Eintritt des Anfalles aufgetretenen mehr oder weniger reichlichen Abgang dünnflüssigen Blutes die Frage nach der endgültigen Ursache dieser unglücklichen Zufälle auch heute noch nicht für abgeschlossen.

Der Aufforderung Verf's., nur bei strictester Indication intrauterin auszuspülen, kann sich Ref. nur dringend anschliessen. **Herdegen** (Stuttgart).

27. Doran (London). Perforation eines Eingeweides nach Ovariotomie. (Vortrag und Discussion in der Sitzung der Londoner pathologischen Gesellschaft am 18. Febr. 1879, nach einem Referat in der Medic. times and gaz. Vol. I. 1879. No. 1496. p. 243.)

Doran berichtet über das Sections-Resultat eines Falles von tödtlich verlaufener Ovariotomie durch Bantock. Bei der Operation im Samariter-Hospital am 4. Dec. 1878 fand sich eine grosse multiloculäre vereiterte Cyste im linken Ovarium, die mit dem unteren Theil des Ileum in Ausdehnung von 5—6″ fest verwachsen war; bei deren Lösung mussten einige kleine Gefässe unterbunden wer-

den; das rechte schwererkrankte Ovarium wurde mit entfernt. Alles ging gut, nur war anfangs Fieber vorhanden, später dagegen nicht mehr. Plötzlich, am 9. Tage, traten intensive Schmerzen im Abdomen auf, Collaps, und unter starkem Steigen der Temperatur in wenigen Stunden Tod. In der Bauchhöhle grosse Menge flüssiger Fäces, eine Ileumschlinge mit der Abdominal-Wand durch frische Adhäsion verklebt, nach deren Lüftung sich flüssige Fäces aus einer kleinen runden Perforationsstelle ergossen. Einen Fuss etwa unterhalb dieser war eine Art Knoten im Darm dadurch gebildet, dass hier der letztere, schon an sich an der Stelle, wo die Adhäsion zwischen ihm und der Cyste gelöst war, durch Exsudat verschlungen und verengert, noch eine plötzliche Biegung machte, so dass gänzlicher Verschluss eintrat. Die Darmschleimhaut oberhalb dieser Stelle war stark entzündet, das Darm-Lumen von Fäces und Gasen stark ausgedehnt, unterhalb dagegen leer. D. betrachtet die Perforation als Folge einfacher Entzündung, da Zeichen einer anderen Krankheit, z. B. Typhus, nicht vorhanden waren.

Auch Howse hat einen Fall von Volvulus mit tödtlichem Ausgang nach Ovariotomie beobachtet und wundert sich, dass dies nicht öfter danach vorkäme. Goodhart referirt über 2 ähnliche Fälle, einen nach Herniotomie, den andern bei Peritonitis tuberculosa. Bantock bestätigt, dass durch die sich entwickelnden Adhäsionen Verstopfung sehr häufig, Perforation dagegen äusserst selten sei: der in Rede stehende Fall war der erste tödtlich verlaufene nach 18 glücklichen.

Auch Ewart hat einen ähnlichen Fall (nach Herniotomie) gesehen; hier war Gangrän eines fusslangen Darmstückes durch Thrombose eines Gefässes in Folge von Druck einer neugebildeten Adhäsion eingetreten.

Lühe (Stralsund).

28. **Miller.** Zwillinge mit Placenta prävia (auf der Station von Mr. Williams im Universitäts-Hospital).

(The obstetr. Journ. of Gr. Brit. and Irel. No. LXVI. 1878. Sept. p. 363.)

Mrs. G., 29 Jahre alt, III para; Genital-Blutungen im 5. und 6. Monat, später spärlicher Blut-Abgang, Entbindung im 7. Monat. Kindskopf und Placenta zugleich im Muttermund; Blasensprengung; Placenta drängt sich vor; Zange (von Barnes) wird angelegt, Placenta dabei durch 1 Finger zurückgehalten, Tractionen in den Wehenpausen, rasche Entwickelung des Kindes ohne wesentliche Blutung. Zweiter Kindskopf stellt sich ein, wird rasch geboren; Placenta am Fundus festgewachsen, muss gelöst werden. Erste Placenta, auch zum ersten Kinde gehörig, lag in der Vagina, wurde vor der zum zweiten gehörigen daraus entfernt. Beide Kinder lebend. **Lühe** (Stralsund).

29. **Bell.** Ueber Placenta prävia, oder »unvermeidliche« Hämorrhagie.

(Geburtshülfliche Gesellschaft zu Edinburg, Sitzung vom 27. Febr. 1878, Vorsitzender Dr. Wilson.)

Der Vortragende giebt in seinem interessanten Vortrag vor Allem eine eingehende historische Uebersicht über die einschlägige Literatur und schliesst sich der Anschauung an, dass durch den Sitz der Placenta im unteren Uterus-Segment die Blutung »unvermeidlich« wäre, wie Rigby sie im Gegensatz zur »accidentellen« Blutung nennt. Während nämlich das obere Segment sich beim Beginn der Wehenthätigkeit zusammenzieht, und die etwa zerreissenden Gefässe einer hier befestigten Placenta comprimirt, wird im Gegentheil das untere Segment erweitert, es muss also Losreissung der darin festsitzenden Placenta und somit »unvermeidlich« Blutung entstehen, zumal bei centralem Sitz derselben, wenn der Kindskopf sie abwärts ausbuchtet. Im Anfang der Schwangerschaft kann die Placenta wohl zuweilen am Cervix selbst befestigt sein, dann erzeugt sie aber stets schon in den ersten Monaten Abort und »unvermeidliche« Hämorrhagie, so dass in späteren Monaten eine solche Anwachsung nicht mehr existiren kann, vielmehr ist dann nur ein Bedecken oder Hineinragen in den Cervix möglich. Der Vortragende glaubt nicht, wie Duncan will, dass der Cervix sich erst am Ende der Schwanger-

schaft ausdehne und das Os internum bis dahin nur ein schmales Bougie durchlasse, sondern nimmt eine allmälige Ausdehnung desselben schon in den letzten Monaten an. Damit ist die Möglichkeit gegeben, dass die Placenta sich hierbei theilweise loslöst und so Blutung entsteht, was vom 6. Monat an sich mehrmals in einem der Menstruation ähnlichen Turnus wiederholen kann, bis dann die Wehenthätigkeit sie in grösserer Ausdehnung abtrennt. B. glaubt, dass nur in seltenen Fällen die Blutung von den placentaren Gefässen ausgehe, meist seien die Uterin-Gefässe die Quelle der Blutung. Die Behandlung betreffend, so giebt B. nach historisch-kritischer Beleuchtung der verschiedenen Vorschläge seine eigenen Maximen in folgender Weise: Ist das Os uteri noch klein und rigid, so tamponire man, am besten mit dem lufterfüllten Gummi-Ballon; wenn dann die Wehen kräftig werden ist es wünschenswerth, den Tampon zu entfernen und nachzusehen: Ist der Muttermund hinlänglich erweitert, das Kind noch am Leben, und die Hämorrhagie stark, so ist nur allein die Wendung und Extraction indicirt; ist aber das Kind todt, die Mutter sehr erschöpft, so ist es fraglich, ob man nicht die künstliche Ablösung der Placenta vornehmen soll, statt die spontane abzuwarten, zumal wenn Neigung hierzu vorhanden ist. Ist aber das Os noch nicht hinreichend erweitert, so kommt es auf den Sitz der Placenta an; ist dieser central, so tamponire man von Neuem, weil hier anzunehmen ist, dass die Placenta durch den Kindskopf ausgedehnt wird und die Tamponade hier blutstillend wirken kann, bis der Muttermund weiter geworden und die Wendung möglich ist; ist dagegen der Sitz der Placenta lateral und nehmen die ausgedehnten Eihäute den übrigen Theil des Muttermundes ein, so kann das Sprengen der Eihäute Stillung der Blutung bewirken, indem dann der Uterus durch seine Contractionen die Gefässe nach Aufhören der Spannung comprimiren kann. Nie findet B. die theilweise Lösung der Placenta nach Barnes indicirt. Ausser den manuellen Eingriffen natürlich innerlich Styptica.

Macdonald giebt noch einige historische Notizen zur Vervollständigung und hebt namentlich auch die Verdienste des Leipzigers Schacher um die Kenntniss der Placenta prävia hervor, hält die Hämorrhagie bei Placenta prävia in den früheren Schwangerschafts-Monaten für »accidentell«, nur in den letzten 10 Tagen etwa für »unvermeidlich« in den anatomischen Verhältnissen begründet.

Dr. Ritchie beschwert sich über die stereotype Antwort der Examinanden auf die Frage nach den Encheiresen bei Placenta prävia: zuerst Tamponade, dann Wendung. Zuweilen will er auch die Zange angewendet sehen.

Fortsetzung der Debatte am 13. März, Vorsitzender Mr. Wilson.

Simpson hebt die auch von Küstner im Archiv für Gynäkologie dargestellte Erweiterung des oberen Theils des Cervicalcanals schon in frühen Zeiten der Schwangerschaft hervor, die auch er beobachtet hat. Ferner ist er der Ansicht, dass die Quelle der Blutung bei Placenta prävia sehr häufig, wenn nicht allein, die Meckel'schen Sinus wären.

Croom stimmt mit Macdonald überein, dass die Blutung in den ersten Monaten »accidentell« sei. Dies will er durch einen Fall belegen, in welchem 3 Mal Abort mit Placenta prävia eintrat; hier war Anteversion vorhanden und Endometritis, welche die Gelegenheit zu Brüchigkeit der Gefässe gegeben hätte. In den meisten Fällen müsse die Wendung gemacht werden.

Bell hält an der Anschauung Rigby's fest, dass nur diejenigen Blutungen »accidentell« seien, welche durch eine Gelegenheitsursache, Stoss etc. veranlasst wären, somit also die in den anatomischen Verhältnissen begründeten Blutungen bei Placenta prävia auch in den ersten Monaten nicht hierher zu rechnen seien.

Lühe (Stralsund).

30. Geburtshülfliche Gesellschaft zu Dublin.

(Sitzung am 13. April 1878, Vorsitzender Darby. Referat im November-Heft des Obstetr. Journ. p. 523.)

Dr. Macan legt einen Tumor von 4″ Länge mit ebensolangem Stiel vor, welchen er kürzlich von dem linken Labium einer 30 Jahre alten Frau ohne Blut-

verlust entfernt hatte, indem er um den Stiel 2 Ligaturen legte und dazwischen durchschnitt. Heilung in 10 Tagen. Der Tumor ist halb solid, halb cystisch und besteht aus einer hypertrophirten und degenerirten Bartholin'schen Drüse; im Stiel war keine Arterie fühlbar.

Darby hat 2 ähnliche Tumoren gesehen, die durch den Ecraseur entfernt wurden.

R. Purefoy empfiehlt die hypodermatische Anwendung des Chlorals bei Puerperal-Eklampsie, die er in 2 Fällen anwandte. In beiden Fällen wurden zuerst Chloroform-Inhalationen angewandt, im 1. Fall, in welchem auch gewöhnliche Epilepsie bestand, wurden 5, im letzten Fall reiner Eklampsie 4 Dosen à 5 Gran in Pausen von $^1/_2$—1 Stunde verbraucht. Beide Fälle hatten glücklichen Ausgang.

Lühe (Stralsund).

31. Geburtshülfliche Gesellschaft zu London.

(Sitzung vom 5. Februar 1879, Referat aus der Med. tim. and gaz. No. 1498, Vol. I. 1879. p. 269, Vorsitzender Playfair.)

Hickingbotham zeigt eine neue Zange zur Entfernung eines Eies oder retinirter Placentarreste aus dem Uterus. Die Blätter sind, statt die gewöhnliche scheerenähnliche Wirkung zu haben, durch eine weiche Feder gleich einer Zuckerzange verbunden.

Priestley zeigt die Knochen eines Fötus, die er allmälig durch eine Reihe von Operationen durch ein Geschwür im hinteren Scheidengewölbe extrahirt hat. Vor 12 Jahren hatte sich eine rapid wachsende, in der rechten Regio iliaca begonnene Geschwulst entwickelt, welche das ganze Becken ausfüllte und bis zum Nabel reichte; der Cervix war nach vor- und aufwärts dislocirt. Nach $^1/_2$ Jahr circa traten Fröste und wehenartige Schmerzen ein, die Kranke genas unter gleichzeitiger Verkleinerung des Tumor, die Menstruation trat wieder regelmässig ein nach 8monatlicher Pause, seitdem Wohlbefinden. Jetzt trat fötider Eiter-Ausfluss auf, P. fand das Geschwür im Scheidengrund und ein daraus hervorragendes Knochen-Stück. Barnes bezeichnet den Douglas'schen Raum als den häufigsten Sitz der Extra-Uterinal-Schwangerschaft und hält es für richtig, alle Tumoren in diesem Raum zu punctiren. — Aehnlich Bantock.

Rogers wundert sich, dass P. nicht in Choroformnarkose alle Knochen auf einmal entfernt habe, wie er in einem ähnlichen, nach dem Rectum durchgebrochenen Fall gethan hat.

Braithwaite (aus Leeds) schlägt vor, die digitale Erweiterung des Os in der Geburt so auszuführen: zuerst wird der rechte Zeigefinger mit der Beugeseite nach dem Sacrum hinsehend in das Os eingehakt, dann der linke mit der Beugeseite nach der Symphyse hin; darauf werden beide Finger sanft auseinander gezogen, dann können von jeder Hand je 2 Finger eingeführt werden und ebenso verfahren. Hierdurch wird genügender Raum für die lange Zange geschaffen.

Playfair hält die Anwendung von Chloral meist für ausreichend. Barnes zieht seine Gummiballons der Digitaldilatation vor.

Edis will letztere nur anwenden, wenn erstere nicht zur Hand sind. Aveling tadelt die mangelhafte Dauerhaftigkeit der Gummiballons und zieht die Finger vor.

Lühe (Stralsund).

Druckfehler. In No. 7, p. 173 muss es heissen Boronow (Königshütte) statt Rossow, p. 176, Z. 17 v. o. beobachtete hierbei »nie« die Intoxicationserscheinungen statt »nur« etc., ferner in No. 8 p. 189, Mayrhofer (Wien) statt Mayrhofer (Innsbruck) und p. 194, letzte Zeile »werden« statt »wurden«. Red.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S. (Margarethenstrasse 5), an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart (Alleenplatz 3), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Dritter Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 15 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 11. Sonnabend, den 24. Mai. **1879.**

I. Exstirpation der Ovarien und des krebskranken Uterus von der Bauchhöhle aus.

Ausgeführt an Prof. Braun-Fernwalds Klinik

durch

Dr. J. v. Massari,

Universitätsdocent in Wien.

Die Fortschritte, welche die operative Chirurgie im letzten Decennium in Bezug auf die Technik der Laparotomien machte und die aus ihnen sich ergebenden Erfolge veränderten die Anschauungsweise über die Gefahren der Verletzung des Peritoneums mächtig;

je grösser die Zahl der durch Laparotomien geheilten Frauen mit jedem Tage wird, um so kühner schweift der Blick des Operateurs in die Zukunft und setzt die Ausführung von Eingriffen in sein Programm, die noch vor kurzer Zeit in das Gebiet waghalsiger Tollkühnheit oder geradezu der Unmöglichkeit gerechnet wurden. Die Exstirpation des ganzen Uterus, die Excision von Darmtumoren, die Exstirpation der Milz sind gegenwärtig Tagesfragen geworden, mit deren Lösung die hervorragendsten Fachmänner sich eingehendst beschäftigen, und namentlich ist es die erstgenannte Operation, die aus vielen naheliegenden Gründen die Aufmerksamkeit des gesammten ärztlichen Publicums in hohem Grade in Anspruch nimmt, da ja durch sie ein so häufig [1]) vorkommendes und so schrecklich als sicher tödtendes Leiden, wie der Gebärmutterkrebs bekämpft werden soll. Die Idee, den krebskranken Uterus durch den Bauchschnitt zu entfernen, hat sich offenbar allmälig aus der theilweisen Exstirpation [2]) der Gebärmutter von der Bauchhöhle aus entwickelt und scheint gleichzeitig verschiedenen Ortes eingehender studirt worden zu sein. Prof. Freund in Breslau trat zuerst mit der gelungenen Ausführung dieser Operation in die Oeffentlichkeit und konnte durch den günstigen Ausgang derselben ihre volle Berechtigung nachweisen, ihm gebührt somit das Verdienst der Erfindung jener Operation, mittelst welcher der Uterus von der Bauchhöhle aus von der Scheide losgeschnitten und in toto entfernt werden kann. Er war in der Lage, seinem ersten glücklichen Falle in kurzer Zeit eine Reihe anderer mit theilweise gutem Ausgange folgen lassen zu können.

Auf der letzten Naturforscher-Versammlung in Kassel [3]) war die Discussion über Freund's Operation von lebhaftestem Interesse für die hervorragendsten Fachmänner. Kocks [4]) in Bonn hatte selbstständig, ohne Freund's Arbeit gekannt zu haben, die Frage der Uterusexstirpation bereits studirt und im April 1878 mit Glück an der Lebenden operirt.

Veit demonstrirte drei von Schröder nach Freund exstirpirte carcinomatöse Uteri und schliesst daran die Demonstration und Besprechung eines vierten Falles, den er selbst wegen Corpuscarcinom mit Glück operirt hatte.

Ferner wurden noch berichtet:

1 Fall von Fränkel, 2 Fälle von A. Martin, 1 Fall von Dr. Langenbuch und Martin, 2 Fälle von Olshausen, 1 Fall von Baumgärtner (Baden-Baden) mit Hegar. 1 Fall von Leopold ist im Centralblatt für Gynäkologie No. 23 (1878) mitgetheilt. Ich habe im Herbste 1877 meine Studien über die Exstirpation des ganzen Uterus am Cadaver begonnen und bin, ohne Freund's Arbeit gekannt zu

---

[1]) Gusserow Billroth's Frauenkrankheiten, Neubildungen des Uterus p. 185.

[2]) Pean, Paris 1873.

[3]) Archiv für Gynäkologie Bd. XIII. 3. Hft.

[4]) Archiv für Gynäkologie Bd. XIV. 1. Hft.

haben zur Feststellung einer ähnlichen Methode dieser Operation gelangt, welches Resultat ich in No. 45 u. 46 des Jahrganges 1878 der Wiener med. Wochenschrift veröffentlichte. Seither war ich selbst in der Lage, diese Operation an der Lebenden auszuführen; im Nachfolgenden gebe ich die betreffende Krankengeschichte:

Exstirpation des Uterus und der Ovarien wegen Carcinom des Cervix.

Frau Th. A., Fabrikarbeiters Gattin, 53 J., kam aus Wiener Neustadt, wurde mit 14 Jahren menstruirt, war stets gesund und hat acht reife und ein frühreifes (8 monatl.) Kind geboren, das letzte Mal im Alter von 42 Jahren. Die 5 ersten Geburten verliefen anstandslos, nach der 6. (Frühgeburt) fanden durch 4 Wochen Blutungen statt, bei der 7. Entbindung war Placentalösung nothwendig, die beiden letzten Entbindungen verliefen normal. Die Menses waren stets regelmässig und cessirten im 43. Lebensjahre. Seit $1^1/_2$ Jahren bemerkte die Kranke starken Ausfluss, seit 6 Monaten zeigen sich Blutabgänge in unregelmässigen Intervallen, während der Fluss übelriechend war. Appetit und Schlaf sind gut, Schmerzen nicht vorhanden, Allgemeinbefinden befriedigend.

Die Kranke ist von kleinem, rachitischem Körperbau, der Kopf breit, die Extremitäten sind kurz, die Knochen, namentlich an den Epiphysen dick, das Haupthaar ergrauend, die Haut welk, brünett, die Muskulatur gut entwickelt, das Unterhautzellgewebe mit Fett allenthalben gut versehen, welches am Bauche eine über 2 cm dicke Schicht bildet. Die Lymphdrüsen in den Leistengegenden sind nicht geschwellt. Die Vagina ist von entsprechender Weite und Länge, die Vaginalportion ist grösser, derb, das äussere Orificium zu einem von morschem höckerigem Gewebe ausgekleideten, für die Fingerspitze durchgängigen Krater umgewandelt, aus dem sich eine missfarbige, übelriechende Flüssigkeit in geringer Menge ergiesst. Die vorher genannte morsche Masse blutet sehr leicht bei Berührung. Der Uterus zeigt nach allen Seiten freie Beweglichkeit. Anschwellungen im Beckenraume sind weder bei einer Untersuchung durch die Scheide, noch durch den Mastdarm, noch von Aussen zu eruiren. Die Untersuchung der Brust- und Bauchorgane ergiebt nichts Abnormes.

Operation.

Die Kranke befand sich in einem gelüfteten, durch Thymolspray desinficirten, auf 22° R. geheizten, lichten Zimmer, auf einem Operationstische, so gelagert, dass der Kopf gegen das Fenster gekehrt war, das Becken durch Aufheben des beweglichen unteren Tischendes und durch ein untergelegtes Polster erhöht, das Gesäss befand sich am unteren Tischrande, die Beine waren im Kniegelenke gebeugt, abducirt, die Füsse unterstützt. Zur Narkose wurde ein Gemenge von 100 Theilen Chloroform, 30 Theilen Schwefeläther und 20 Theilen Alkohol verwendet. Die Schamhaare wurden rasirt, der Bauch und die Schenkel mit Carbolwasser und Seife gewaschen, die Scheide mit 5 % Carbollösung ausgespritzt, die Harnblase entleert. Ich führte, auf der rechten Seite der Kranken stehend, den Hautschnitt vom Nabel zur Symphyse und eröffnete, mit Hohlsonde und Knopfmesser präparirend, die Bauchhöhle in der weissen Bauchlinie in gleicher Ausdehnung. Im unteren Wundwinkel wurde das sich ablösende Peritoneum mittelst Knopfnaht an die Bauchwand befestigt. Ich ging hierauf mit der rechten Hand in die Beckenhöhle und suchte durch sanftes Zurückschieben Netz und Därme in den oberhalb des Nabels befindlichen Bauchraum zu bringen. Dieser Vorgang gelang jedoch, ungeachtet der Darmcanal durch ein am Vortage gereichtes Abführmittel (Inf. fol. Sennae) hinreichend entleert war, erst dann, als die sich straff zusammenziehenden geraden Bauchmuskel in tiefer Narkose erschlafften. Durch in Thymolwasser getauchte, erwärmte Compressen wurden Netz und Därme im oberen Bauchraume zurückgehalten und hierauf der von mir angegebene Bauchdeckenhalter[1]) angelegt, wodurch die Bauchwunde weit auseinander gezogen einen freien Ueberblick der Beckenhöhle gestattete; im Verlaufe der Operation entglitt theilweise der linke

[1]) Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 46.

Wundrand aus der Klammer, da dieselbe für die relativ dicken Bauchdecken nicht hinreichend aufgebogen war, ein Uebelstand, dem jedoch sofort und ohne Störung abgeholfen wurde. Die vollständig frei bewegliche Gebärmutter wurde in ihrem Körper mit einer Luer'schen Krückenzange gefasst und von einem Assistenten aus dem Beckenraume emporgehalten. Die Fixation mit diesem Instrumente gelang vortrefflich, der Uterus wurde dabei nicht verletzt, glitt aber auch nicht aus.

Nun nahm ich meine Stellung zwischen den ausgespreizten Beinen der Kranken, führte den Zeigefinger der linken Hand in die Scheide und wählte 1 cm vom rechten Rande der Muttermundslippe den Einstichspunkt zur Ligatur des rechten breiten Mutterbandes. Eine gestielte mit einem 1 m langen carbolisirten Seidenfaden No. 3 armirte Bruns'sche Nadel wurde hier eingestochen und am vorderen Rande der Basis des rechten breiten Mutterbandes in der Plica vesico uterina so ausgestochen, dass der Stichcanal, an der hinteren Blasenwand verlaufend, 1 cm weit vom Seitenrande des Uterus in der vorderen Peritonealtasche endete, wo ein Fadenende herausgezogen, die Nadel aber dann in die Scheide zurückgezogen wurde, von wo sie, mit dem anderen Fadenende armirt, durch die frühere Einstichstelle aber nach rückwärts an einer ebensoweit vom Uterusrande entfernten Stelle in der hinteren Peritonealtasche ausgestochen wurde. Das Fadenende wurde aus der Nadel gezogen und dieselbe durch die Scheide entfernt. Es war nun eine Schlinge durch die Basis des breiten Mutterbandes gezogen, welche die Scheide tangirte, deren eines Ende in der vorderen, deren anderes Ende in der hinteren Bauchfelltasche in die Bauchhöhle gelangte und welche beide durch die Bauchwunde nach Aussen verliefen. Der gleiche Vorgang wiederholte sich auf der linken Seite. Es wurde ein ganz unwesentlicher Blutabgang aus der Scheide während desselben beobachtet. Der Zeigefinger der linken Hand wurde erst nach Anlegung beider Schlingen aus der Scheide entfernt und hierauf die Hände mit Nagelbürste, Seife und Carbolwasser gewaschen. Zunächst wurde nun das hintere Ende der rechten Fadenschlinge in die gerade Bruns'sche Nadel gefädelt und 3 cm weit von der Basis des rechten breiten Mutterbandes und 1,5 cm vom Seitenrande des Uterus von hinten nach vorn durch die Substanz des ersteren durchgestochen, das Fadenende wurde vorn aus der Nadel herausgezogen, die leere Nadel durch den Stichcanal zurückgeführt und beide jetzt an der vorderen Fläche des breiten Mutterbandes befindliche Fadenende mit entsprechendem Kraftaufwande zusammengeschnürt und geknüpft, um die in der Basis des breiten Mutterbandes befindlichen Gefässe zu unterbinden. Ein Fadenende wurde hierauf durch den zuletzt gemachten Stichcanal mittelst gerader Nadel an die hintere Fläche des breiten Mutterbandes geführt, das andere dagegen, an der Grenze zwischen mittlerem und oberem Dritttheile des breiten Mutterbandes, durch dasselbe mittelst Nadel durchgeführt und nun beide an der hinteren Fläche des breiten Mutterbandes befindliche Fadenenden zusammengeschnürt, hierbei riss jedoch ein Fadenende. Der abgerissene Theil wurde in die Nadel eingefädelt, durch den Stichcanal an der Basis des breiten Mutterbandes geführt, hierauf das vorn befindliche Ende durch den zuletzt gemachten Stichcanal zurückgeleitet, dann die an der hinteren Fläche des breiten Mutterbandes befindlichen Enden zusammengeschnürt, geknüpft und noch mit dem übrig gebliebenen Ende verknüpft, welches kurz abgeschnitten wurde. Ein Fadenende wurde nun mit gerader Nadel von der hinteren Fläche des breiten Mutterbandes durch den letzten Stichcanal nach vorn gebracht, das andere um den oberen Rand desselben so herum geführt, dass der Faden centimeterweit vom äusseren Pole des Eierstockes nach Aussen verlief und nun beide vorn befindlichen Enden zusammengeschnürt und geknüpft, so dass das ganze breite Mutterband in 3 Partien unterbunden war und die Ligaturen sich um so mehr vom Uterus entfernten, je näher sie an den oberen Rand des Mutterbandes kamen. Der gleiche Vorgang wiederholte sich auf der linken Seite, nur zerriss daselbst der Faden nicht, wodurch die Sache einfacher verlief.

Die Hände wurden jetzt sorgfältig mit Carbolwasser gewaschen. Blutung aus den Stichcanälen war nahezu null.

Ich führte hierauf den Zeigefinger der linken Hand in die Scheide und führte während ein Metallkatheter sich in der Blase befand, in der Mitte des vorderen Laquears 1½ cm vom vorderen Rande der Muttermundslippe einen carbolisirten Seidenfaden zwischen Blase und Uterus in die Mitte der vorderen Peritonealtasche mittelst gerader Nadel durch, dessen eines Ende in die Bauchhöhle geleitet wurde, dessen anderes Ende durch die Vagina nach Aussen verlief. Auf gleiche Art wurden rechts und links an den Uebergangsstellen der vorderen Vaginalwand in die hintere, Fäden in die vordere Bauchfelltasche gebracht, die in der Bauchhöhle ca. 2 cm von einander entfernt waren. Durch das hintere Scheidengewölbe in den Douglas'schen Raum wurden 3 Hanfschlingen gelegt, welche ihrer Anordnung nach den vorn angelegten Seidenfäden entsprachen und den Zweck hatten, nach Excision des Uterus die in der Bauchhöhle befindlichen Enden der durch das vordere Scheidengewölbe verlaufenden Fäden vom Douglas'schen Raume durch das hintere Scheidengewölbe in die Vagina zu bringen. Durch Verknüpfung der Fadenenden sollte dann die durch Excision des Uterus entstehende, die Bauchhöhle gegen die Scheide hin eröffnende Wunde so geschlossen werden, dass die Peritonealflächen aneinander zu liegen kamen.

Sobald Faden und Schlingen angelegt waren, wobei der Zeigefinger der linken Hand stets in der Scheide blieb, wurden neuerdings die Hände sorgfältig mit Carbolwasser gewaschen.

Es wurde hierauf eine Beinspatel in das vordere Scheidengewölbe gebracht, letzteres gegen die Bauchhöhle vorgedrängt und auf dasselbe nach Markirung der Blase durch den Metallkatheter ein Spitzbistourie eingestochen, welches das vordere Scheidengewölbe zwischen Halstheil des Uterus und den, durch ersteres verlaufenden Fäden eröffnete, worauf dann mit dem Knopfbistourie das ganze vordere Scheidengewölbe quer durchtrennt werde; Blutung minimal. Der Uterus wurde nun an der Luer'schen Zange nach rechts gezogen und das linke breite Mutterband bei 1 cm breit von den Ligaturen entfernt, mittelst Bozeman's krummer Scheere bis an das hintere Scheidengewölbe durchtrennt, hierauf letzteres knapp an den durch dasselbe verlaufenden Hanfschlingen abgesetzt und zum Schlusse das rechte breite Mutterband centimeterbreit von den Ligaturen entfernt abgeschnitten, worauf der Uterus entfernt wurde. Eine profuse Blutung erfüllte in wenigen Augenblicken die Beckenhöhle; letztere wurde rasch mit Schwämmen tamponirt, bei deren succesiver Entfernung zunächst die linke Arteria uterina in der Stärke der Art. radialis spritzend befunden mit einer Köberlé'schen Pincette gefasst und unterbunden wurde; bei weiterer Entfernung der Schwämme traf man noch auf einige spritzende Gefässe, nach deren Unterbindung die Blutung vollständig gestillt war. Bei der Absetzung des hinteren Scheidengewölbes waren 2 der Hanfschlingen durchschnitten und unverwendbar geworden. Aus der hinteren Scheidenwand wurde noch jetzt ein kleines, durch seine Härte verdächtiges Stück, ausgeschnitten und hierauf der nach rechts durch die vordere Vaginalwand angelegte Seidenfaden mit der einzig erhalten gebliebenen rechtseitigen Hanfschlinge durch die hintere Scheidenwand herabgezogen und geknüpft. Die übrigen Seidenfäden wurden mittelst gestielter Nadel vom Douglas'schen Raum her durch die hintere Scheidenwand an den, den Stichcanälen in der vorderen Scheidenwand entsprechenden Stellen durchgestochen und die in der Scheide befindlichen Enden derselben geknüpft, wodurch ein vollständiger Verschluss der Communication zwischen Scheide und Bauchhöhle, durch Aneinanderlegen der Peritonealflächen herbeigeführt wurde. Zwischen diesen 3 Ligaturen wurden eine Anzahl Catgutligaturen zur genauen Vereinigung der Peritonealflächen in der Bauchhöhle angelegt und daselbst geknüpft. Nach sorgfältiger Reinigung der Bauch- und Beckenhöhle mittelst desinficirter Schwämme wurden Netz und Därme wieder in den unteren Bauchabschnitt gebracht und die Bauchwunde durch 6 tief greifende Knopfnähte aus carbolisirter Seide vereinigt, vor deren Knüpfung 2 Drainröhren je in eine Beckenbucht und und 2 Drainröhren je eine seitlich vom Nabel eingelegt und mit Nähten an die Wundränder befestigt wurden.

Die drei Seidenligaturen, welche die Scheidenwände vereinigten und vor die

äusseren Genitalien reichten, wurden knapp an der Vulva abgeschnitten. Der Bauch wurde mit Krüllgaze dick bedeckt und ein Compressivverband mit einer Makintoshbinde und Leinenbinde angelegt.

Der Kräftezustand der Kranken war nach der $^5/_4$ Stunde dauernden Operation befriedigend.

Temp. 37,9, Puls 96.

Am 1. Febr., dem Tage der Operation, Nachmittags 1 mal. Erbrechen, Temp. 38,3, Puls 118.

Schmerzen in der Wunde. Der Verband von wenig blutigem Secrete durchnässt, Wechsel desselben. Es wurden bei häufigem Harndrängen nur ca. 20 g Harn mittelst Katheter entleert.

2. Febr. Nachts einige Stunden Schlaf, Morgens Temp. 38,6, Puls 120. Magendrücken, es wurden ca. 50 g Harn mittelst Katheter entleert.

Nachmittags Temp. 39,3, Puls 144, collabirte Gesichtszüge, häufiges Erbrechen von Wasser. Verbandwechsel, kein Secret, die Kranke erhält in Eis gekühlten Champagner, 2 Morphininjectionen.

3. Febr. Während der Nacht lag Pat. ruhig und theilnahmslos, wenig Schlaf, Morgens Temp. 40, Puls 160; bei 70 g Harn werden mittelst Katheter entleert. Pat. klagt über heftigen Druck in der Magengegend. Der Bauch ist nicht aufgetrieben, nicht empfindlich, durch die Drainageröhren fliesst wenig übelriechendes Secret ab. Abends Temp. 41, Puls unzählbar, bedeutender Collaps; es werden 3 Nähte im unteren Wundwinkel gelöst, mittelst eingeführten Fingers kann nirgends Secretansammlung aufgefunden werden; die Drainröhren sind durchgängig, die Wundränder nicht verklebt, missfarbig.

Um $^1/_2$12 Uhr Nachts exitus lethalis.

Sectionsbefund.

Der Körper klein, 141 cm lang, ziemlich kräftig, mässig genährt, blass, leicht gelblich, Haar grau, Hals kurz, Brustkorb breit, Unterleib etwas ausgedehnt. In der Mittellinie seiner vorderen Fläche eine 3 cm über dem Nabel beginnende, bis an die Symphysis ossium pubis reichende, jetzt durch Knopfnähte vereinigte penetrirende Incisionswunde. Die unteren Extremitäten kurz, beide Kniegelenke in Varusstellung. Weiche Schädeldecken blass, Schädeldach mesocephal, Meningen und Gehirn feuchter. In der Luftröhre eine geringe Menge Schleim, beide Lungen an den Spitzen angewachsen, hier durch alte Schwiele mit eingeschlossenen, käsigen Knoten verdichtet, sonst lufthaltig, ödematös. Im Herzbeutel bei 30 ccm Serum, das Herz nicht vergrössert, schlecht contrahirt.

In der Bauchhöhle etwa 100 ccm eitrigjauchigen Exsudats; das Peritoneum getrübt, mit zarten Exsudatlamellen bedeckt. Magen und Darm meteoristisch, Leber und Milz blass, ebenso die beiden Nieren. In der rechten Niere die Calices und das Becken, gleich dem rechten Ureter, in geringem Grade dilatirt.

Der Uterus sammt dem Fornix vaginae entfernt, dem entsprechend im Peritoneum des kleinen Beckens eine von der Insertion des Lig. lat. sin. zu der des Lig. lat. dextr. herüber reichende, und in der rechten Beckenbucht breitere Wunde, welche durch zahlreiche Ligaturen verschlossen erscheint. Im Durchschnittsende der Vagina auch mehrere in die Scheide geführte Ligaturen. In der genannten Wunde der rechte Ureter 3 cm über seinem Blasenostium quer durchschnitten und sein oberes Stück in eine der Ligaturen gefasst. In derselben Ligatur die rechte Arteria uterina, welche so wie die linke, nach etwa 4 cm langen Verlaufe abgebunden ist, aufgenommen. Harnblase wenig ausgedehnt, ihre Schleimhaut stellenweise ekchymosirt.

An dem ausgeschnittenen Uterus, in den inneren 2 Dritttheilen der Cervicalwand medullares Carcinom, welches noch nicht zerfallen, den Cervicalcanal ziemlich bedeutend stenosirt. Der Körper und Grundtheil des Uterus ausgedehnt, die Schleimhaut in ihnen verdickt, geröthet. Im Cavum des Körpers und Grundes Schleim angesammelt.

Die schwierigsten Momente bei der Uterusexstirpation liegen nach meiner Meinung zunächst in der Gefahr, einen oder beide Ureteren in die Ligaturen der breiten Mutterbänder zu fassen, und in der Verhütung der Infection der Wunde und des Peritoneums, entweder durch die zeitweilig in der Vagina beschäftigten Finger des Operateurs oder durch directe Berührung des jauchenden Carcinoms gelegentlich des Herausschneidens und Entfernens des Uterus durch die Bauchwunde. Was den ersteren Punkt anbelangt, so habe ich schon in meinem früheren Aufsatz[1]) über die Frage der Uterusexstirpation die Nothwendigkeit betont, dass man beim Anlegen der Massenligaturen der breiten Mutterbänder den Verlauf der Ureteren kennen müsse, um dieselben nicht in die Ligatur zu fassen.

Mein eben berichteter Fall und ein Fall von Spiegelberg[2]), in welchem nach der Kocks'schen Methode operirt und beide Ureteren unterbunden wurden, so dass vollständige Anurie folgte, sind sprechende Belege für die Richtigkeit dieser Anschauung. Hat man sich beider Ureteren versichert, dann kann man ganz nach Bedarf ein beliebiges Stück Scheide mit entfernen, man kann auch die Ligaturen der breiten Mutterbänder viel weiter vom Seitenrande des Uterus anlegen, wodurch einerseits eine grössere Anzahl von Fällen noch als operabel betrachtet werden kann, andererseits grössere Sicherheit gegen Recidive gewonnen wird. Man kann nach Durchschneidung des von der vorderen Uteruswand über den Scheitel der Blase wegstreichenden Peritoneums die letztere vom Uterus auf stumpfe Weise lostrennen und stumpf präparirend die Ureteren im lockeren Zellgewebe aufsuchen. Es ist dies schon im Cadaver zeitraubend und manchesmal sehr schwierig, weit mehr noch an der Lebenden, da man in unmittelbarer Nähe grosser Venen und der Arteriae uterinae arbeitet. Ich schlug daher vor, die Blase zu »simonisiren« und dünne Katheter in die Ureteren einzuschieben, um bei der Unterbindung der breiten Mutterbänder die durch die in ihrem Lumen befindlichen Katheter markirten Ureteren leicht vermeiden zu können. Ich hatte damals selbst keine Versuche über die Ausführbarkeit dieses Vorschlages gemacht; Simon's[3]) Beispiele folgend, versuchte ich nun früher zuerst nach Dilatation der Urethra starre Katheter unter der Leitung des Fingers in die Ureteren einzuschieben. Es erfordert dieser Vorgang eine ausserordentliche Geschicklickeit und überdies vielfache Uebung, es erschien mir schon nach den ersten Versuchen dieses Verfahren jedenfalls zu unsicher, um es gewissermassen als Voroperation verwenden zu können; ich gab es daher um so eher auf, als Simon[4]) selbst es für in vielen Fällen durchführbar, keineswegs aber für zuverlässig erklärt, und Winkel[5]) bei seinen Versuchen

[1]) Wiener med. Wochenschrift 1878. No. 45 u. 46.
[2]) Brunzel's Archiv für Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 2.
[3]) Volkmann's Sammlung klin. Vorträge No. 88.
[4]) Volkmann's Sammlung klin. Vorträge No. 88.
[5]) Billroth's Frauenkrankheiten. Winkel, Harnblase.

niemals reüssirte. Gegenwärtig arbeitet Dr. Niezze in Verein mit dem Instrumentenmacher Leiter an der Herstellung von Apparaten zur Beleuchtung der Körperhöhlen, und von mir veranlasst unternahmen sie es, ein Instrument zur Beleuchtung der weiblichen Harnblase behufs Aufsuchung der Ureteren zu verfertigen, dessen erster Versuch in einer überraschenden Weise entsprach, indem es binnen wenigen Minten gelang, beide Ureteren von der Blase aus zu sondiren. In neuester Zeit nun wendete ich einen Simon'schen Urethraspiegel an, der nach »Simonisirung« in die Blase eingeführt wird, und unter Zuhülfenahme eines gewöhnlichen Reflectors und einer Gaslampe war ich im Stande, beide Ureteren in kurzer Zeit aufzufinden und zu sondiren. Da der Dr. Niezze'sche Apparat durch Anwendung des galvanischen Stromes schwieriger zu beschaffen ist, so ziehe ich mein letztgenanntes Verfahren ihm, der Einfachheit wegen, vor. Winkel[1]) hat mit dem Rutenberg'schen Instrumente die Ureteren nicht auffinden können. Da ich nicht zweifle, dass man nach der von mir angegebenen Methode die Ureteren jedesmal leicht auffinden und katheterisiren können wird, so schlage ich vor, entweder unmittelbar oder Tags vor der Uterusexstirpation elastische Katheter in die Ureteren einzulegen und sie bis nach Vollendung der Operation liegen zu lassen, wodurch man vor Unterbindung oder Verletzung der Ureteren bei der Uterusexstirpation sich vollständig sichern kann, und halte ich somit die Frage von der Gefahr der Verletzung der Ureteren für beseitigt, wodurch die in Rede stehende Operation wesentlich gefördert wird. Was nun die Vermeidung der Infection betrifft, so müsse die Entfernung lockerer jauchender Wucherungen mit dem scharfen Löffel, die Verstopfung des Cervicalcanals mit Carbolwatte, die Bestreichung der in der Scheide zugänglichen Krebsgeschwüre mit dem Glüheisen als Vorbereitungen ausgeführt werden; während der Operation ist mit Aengstlichkeit zu beobachten, dass nie die Hand nach Berührung der Scheide, ohne sorgfältig mit desinficirenden Mitteln gewaschen worden zu sein, in der Bauchhöhle verwendet werde.

In neuester Zeit ist Bruntzel gelegentlich der Veröffentlichung von 6 Fällen von Uterusexstirpation aus der gynäkologischen Klinik in Breslau[2]) zu dem Schlusse gelangt, dass Freund's Operation sich nie über den Rahmen einer palliativen erheben würde und bei den Gefahren, welche sie mit sich bringt nur in den seltensten Fällen ihre berechtigte Anwendung finden dürfte.

Ich stimme mit Bruntzel vollständig überein, wenn er sich dagegen ausspricht, dass die Durchführung der Operation der totalen Uterusexstirpation einfacher und weniger verletzend wäre, als eine nur einigermassen complicirte Ovariotomie, dass sie bestimmt sei, in nicht allzu langer Zeit populär zu werden und über die engen Grenzen

---

[1]) Billroth's Frauenkrankheiten.

[2]) Archiv f. Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 2.

der Specialisten sich dem Gros der Aerzte mitzutheilen, wie E. Fränkel[1]) meint. Doch kann ich Bruntzel's düstere Perspective für die Zukunft dieser Operation durchaus nicht theilen, welche wohl in der Annahme gipfelt, dass die grossen Gefahren, welche sie mit sich bringt, in keinem Verhältnisse mit dem höchstens palliativen Erfolge stehen. Die Gefahren bestehen in dem schädlichen Einfluss, den das lange, Offenbleiben der Peritonealhöhle und der mechanische Reiz, dem die nach aussen dislocirten Därme ausgesetzt sind, auf die Herzthätigkeit ausüben, wodurch der nicht selten rasche Tod durch Herzparalyse erklärt wird[2]). Mit Vervollkommnung der Technik wird die Dauer der Operation bedeutend reducirt werden, so gelang es mir, in $^5/_4$ Stunden die Operation auszuführen, Freund's erste glücklich abgelaufene Operation dauerte 2 Stunden, die von Bruntzel referirten dauerten $2^1/_4$, $2^1/_2$, $2^1/_4$, $1^3/_4$ und 2 Stunden, 1 Fall wurde nicht beendet. Die Gedärme wurden bei einer grossen Anzahl der bisher ausgeführten Operationen nach Aussen gelagert; ich habe an vielen Leichen operirt und ihn immer reponiren können, so wie auch an der Lebenden, ich glaube, dass wenn man die nöthige Aufmerksamkeit darauf verwendet, nachdem man die Gefahr des nach Aussen Lagerns des Darmes kennt, es immer gelingen wird, denselben in den oberen Bauchraum zu schaffen, wenn einige Tage vor der Operation Abführmittel gereicht worden sind und die Narkose vollständig ist.

Die Gefahr der Unterbindung der Ureteren ist nach meinen Vorschlägen als beseitigt zu betrachten.

Die Beherrschung der Blutung, die Vermeidung von Verletzung benachbarter Organe gelingt bei der Uterusexstirpation sicherer, als bei complicirten Ovariotomien, da sie eine vollständig typische Operation ist, bei welcher alle Eventualitäten vorauszusehen sind.

Die Art und Weise der Unterbindung der breiten Mutterbänder wird verschieden angegeben. Mit dem Freund'schen Vorschlage kann ich mich nicht einverstanden erklären, da eine sehr starke Zerrung der obersten Ligatur nothwendig ist, um sie in das Laquear zu ziehen, die von mir angegebene Methode hat den Fehler, dass man die Knoten in der Vagina nicht so fest schnüren kann, als dies nothwendig ist. Ich habe sie daher auch verlassen und führe nun die Faden sofort durch die Scheide in die Bauchhöhle, schnüre zuerst die Basis des breiten Mutterbandes ab, dann die Fadenenden weiter benutzend, indem ich sie zunächst im mittleren Dritttheil des Mutterbandes durchführe und knüpfe und dann am oberen Dritttheil, unterbinde ich das breite Mutterband in 3 Partien, doch auch auf diese Weise gelingt es nicht, so fest zusammenzuschnüren, um die Blutung zu verhindern; es mussten auch in meinem Falle die linke Arteria uterina und mehrere spritzende Aeste für sich gefasst und

[1]) Berliner klin. Wochenschrift 1878.

[2]) Binswanger's Anatomische Beiträge zur Indicationsfrage der Freund-schen Operation. Centralblatt f. Gynäkologie 1879. N. 1.

unterbunden werden. Es ist dies jedoch keine so besondere Störung die spritzenden Gefässe sind leicht zu fassen, da sie in den an den Schlingen befestigten Wundstümpfen fixirt sind, und konnte ich auch in meinem Falle die allerdings momentan beträchtliche Blutung sehr leicht beherrschen.

Die Gefahren der Operation scheinen mir also gar wohl zu bewältigen, wenn ich auch diese Operation für eine der schwierigsten halte, die einem geübten und unerschrockenen Operateur, also dem Specialisten, überlassen bleiben soll.

Was den palliativen Werth der Operation anbelangt, so steht sie eben in dem Range der Exstirpation bösartiger Neubildungen überhaupt; je früher man zur Operation gelangt, je sicherer man alles Krankhafte entfernen kann, um so günstiger die Prognose; ja auch radicale Heilungen wurden nach Ausrottung von Carcinom an der Vaginalportion, wie an anderen Orten gesehen. Wäre die Gefahr des Auftretens eines Recidivs eine Contraindication, dann müssten überhaupt alle Ausrottungsversuche maligner Neubildungen unterlassen werden. Doch auch palliative Operationen bringen Gewinn, mehr oder weniger langes Wohlbefinden, Aufschub des tödtlichen Siechthums und vor Allem auch mehr Trost als das dem intelligenten Kranken nur zu bald einleuchtende Scheinhandeln zur Verhehlung des Todesurtheils. Ich kann mich der Hoffnung nicht verschliessen, dass in Fällen, wo wir rechtzeitig zur Exstirpation schreiten, Radicalheilung erzielbar sein wird, in vorgeschritteneren jedoch immer ein längerer Aufschub und wenn man die Ovarien, den Uterus nebst einem beträchtlichen Stück der Vagina entfernen kann, wie dies durch die Markirung der Ureteren möglich ist, so kann sicher häufig ein befriedigender Erfolg errungen werden.

II. Zur Casuistik des Kaiserschnittes nach der Methode von Porro.

Von

Dr. **Dorff,**

Assistenzarzt an der gynäkologischen Klinik in Freiburg.

Bereits in der geburtshülflichen Operationslehre von Stahl wurde von einem Kaiserschnitt mit Amputatio supravaginalis aus hiesiger Klinik kurz berichtet. Es dürfte die nähere Mittheilung des Falles vielleicht von Interesse sein. Die Operation wurde am 28. März 1877 vorgenommen, ist also die erste, welche nach der Porro'schen gemacht, und wurde ohne Kenntnissnahme der letzteren ausgeführt. Das Motiv, welches zur Herausnahme des Uterus bewog, war der glückliche Ausgang einer Amputatio supravaginalis wegen Fibrom bei puerperalem, noch stark vergrössertem, weichem und verfettetem Uterus.

Hegar's Fall betraf eine Person mit Lumbodorsalkyphose und in Folge derselben bedeutend deformirtem und verengtem Becken. Eine detaillirte Beschreibung dieses in vielfacher Beziehung interessanten Beckens steht von Seiten des früheren Assistenten an hiesiger Klinik, Dr. Tauffer, zu erwarten. Zur Operation entschloss man sich erst, nachdem viertägige Wehen, die beiden ersten Tage zwar sehr gelinde auftretend, weder einen günstigen Einfluss auf die Erweiterung des Cervix, noch auf die Einstellung des Kopfes geäussert hatten und schliesslich am vierten Tage ein eklamptischer Anfall auftrat, welchem, nachdem er durch Narcotica coupirt war, ein vier Stunden anhaltender soporöser Zustand folgte. Schon während der Gravidität waren im Urin reichliche Mengen Eiweiss, Fibrincylinder und Epithelien nachzuweisen. $1^1/_2$ Stunden nach Wiederkehr des Bewusstseins schritt man nun zur Operation. Dieselbe verlief ohne jeden störenden Zwischenfall. Nach Eröffnung des Uterus präsentirte sich die Frucht mit dem Steiss und wurde dieselbe lebend extrahirt. Das Kind, ein Mädchen, war völlig entwickelt und wurde zwei Monate p. oper. in bestem Wohlbefinden von der Anstalt aus einer auswärtigen Pflege überwiesen.

Die sich alsdann sofort mit der Fötalfläche einstellende Placenta wurde ohne bedeutende Blutung herausbefördert, wie denn überhaupt die ganze Operation von einem verhältnissmässig sehr geringen Blutverlust begleitet war. Ein Einsickern des Blutes in die Bauchhöhle wurde durch festes Aneinanderdrücken der Bauchwunde und sorgfältige Compression des Uterus, dessen Wunde mit einem Schwamme bedeckt wurde, vermieden. Sodann wurde der Uterus durch die Bauchwunde herausgehoben und zu derselben senkrecht gestellt. Nun wurde mittelst der gekrümmten Nadel von Péan etwas oberhalb des inneren Muttermundes eine doppelte Drahtligatur durch den Uterus gezogen und die Ligaturen, welche beiderseits unterhalb der Ovarien zu liegen kamen, vermittelst der Serre-noeuds fest geschnürt. Zur grösseren Sicherheit wurde oberhalb dieser Ligaturen noch eine Ecraseurkette angelegt. Darauf Entfernung des Uterus nebst den Ovarien. Die Blutung stand vollständig. Nach gründlicher Toilette peritonei gewöhnliche Bauchnaht mit Drahtsuturen, und Befestigung des Stumpfes im unteren Wundwinkel durch drei Lanzennadeln. Verband des Stumpfes mit in Chlorwasser getauchten Wattebäuschen, die häufig gewechselt wurden.

Die beiden ersten Tage p. oper. war der Verlauf ein recht günstiger, nur bestand ein quälender Hustenreiz. Am dritten Tage jedoch entwickelten sich unter schneller Auftreibung des Leibes, heftigen Schmerzen, rapidem Verfall der Kräfte der schon ohnehin sehr geschwächten Patientin die Symptome einer septischen Peritonitis, weshalb am Abend eine doppelte Drainage durch den Douglas eingeleitet und gleichzeitig in beide Lumbalgegenden je ein Drain eingelegt wurde. Es entleerten sich hierbei reichliche Mengen eines trüben Exsudats. Chlorwasserausspülungen. Indess nahmen die Collapserscheinungen

stetig zu und am 1. April Morgens $4^1/_2$ Uhr erfolgte der Tod. — Die Section ergab mässige Injection des Peritoneum, in beiden Lenden mässig reichliche Exsudatansammlung, keine Verklebungen, hochgradige Schrumpfung beider Nieren. Der Douglas war gut ausgespült.

---

1. **Kehrer** (Giessen). Ueber Dammrisse.

(Der praktische Arzt 1878. No. 5, 6 u. 7.)

Der Dammriss erfolgt beim Durchtreten eines umfänglichen Fruchtkörpertheils, seltner durch anderweitige Dehnung. Der Dammriss ist gewöhnlich mit Längsrissen der Vorhofschleimhaut complicirt. Diese Richtung der Risse von oben nach unten ist der Beweis der Dehnung von einer Seite zur andern. Es erweist sich die Richtung des Risses mit der Richtung der dehnenden Kräfte rechtwinklig. Verf. bestimmte durch Messung des Damms von vorn nach hinten und rechts nach links, dass »beim Durchgange des Kopfes die Dammlänge etwa um die Hälfte, die Dammbreite um das Doppelte wächst«. Die Bedingungen des Dammrisses hängen ab von den physikalischen Eigenschaften, der ursprünglichen Weite, der Dicke des passirenden Theils, und der Geschwindigkeit des Durchtritts. Die Angaben Preiter's, dass die meisten Dammrisse bei mittelgrossen und kleinen Kindern vorkommen, erklärt Verf. dadurch, dass Kinder von mehr als Mittelgewicht in der Minorität sind. Ferner setzt Verf. den Einfluss der Kopfrichtung resp. der grossen oder kleineren Kopfperipherie auseinander. Bei Gesichtslagen und solchen mit dem Hinterhaupt hinten wird die Dehnbarkeit des Dammes am meisten in Anspruch genommen.

Principiell ist zweifellos der Dammschutz nöthig. Ein rigider Damm muss durch häufig gewechselte warme Umschläge hyperämischer gemacht werden, ausserdem bespricht Verf. eine eigene Methode der manuellen Dehnung, und empfiehlt im Momente des Durchschneidens das Herbeiziehen der Haut und Vorwärtsschieben des Dammes. Ferner muss der Kopf in günstigen Durchmessern durchgeleitet und die Geschwindigkeit des Durchtritts durch Seitenlagerung und Zurückhalten des Kopfes beschränkt werden.

Verf. spricht sich hierauf für die prophylaktischen Incisionen aus, die auch besonders deshalb häufiger gemacht werden sollten, weil die Praktiker, aus leicht begreiflichen Gründen, die Dammrisse zu oft ignoriren. Es werden bestimmte Indicationen aufgestellt, so ein zu rigider Damm, Gefahr für das Kind bei zu langer Austreibungsperiode, bei drohender Centralruptur, bei sich stark verdünnender alter Narbe, bei Zangenoperationen. Hier wird das Abnehmen der Löffel vor vollkommener Entwicklung des Kopfes empfohlen. Die Nachbehandlung der Wunde kann verschieden sein. Man kann Nähen, Alaunpulver, Salicylsäure mit Amylum 1 : 5 aufpulvern, mit Liqu. ferri betupfen, und im Fall die Wunde einen Belag bekommt, Watte-

pfröpfe in Terpentin und Mohnöl getränkt 1 : 3 einlegen. Ref. wendete früher stets trockene Benzoewatte an, hat aber jetzt die Erfahrung gemacht, dass stündlich bis 2stündlich gewechselte dünne Carbolcompressen (2 : 100), welche vom Mons Veneris bis über den After reichen, entschieden am sichersten entzündungswidrig wirken.

Verf. empfiehlt dringend die Dammnaht, obwohl er sich über die auch neuerdings wieder empfohlenen Serres fines nicht ganz absprechend äussert, steht ihm doch die Dammnaht viel höher. Um sichere Verheilung zu erzielen ist ein Ebnen der Wundflächen und ein so fester Verschluss nöthig, dass ein Eindringen der Lochien unmöglich wird. Verf. näht mit Seide, Simon'schen Fistelnadeln und dem Roser'schen Nadelhalter. Gehen die Risse in die hintere Scheidenwand hinein, so wird auch in der Scheide genäht, ist der Mastdarm zerrissen, so muss er natürlich auch vereinigt werden. Sehr wichtig ist, dass Verf. genau erforscht hat, bei welcher Spreizung der Beine der Damm gezerrt wird, dies tritt erst ein, wenn die Knie sich 16 Zoll von einander entfernen. Deshalb ist es für die Heilung der Wunde ganz unnöthig, die Beine zusammenzubinden, ja es ist schädlich, weil dadurch die Secrete zurückgehalten und somit zersetzt werden. Auch das Katheterisiren und die künstliche Stuhlverstopfung verwirft Verf., wie fast alle neueren Autoren.

Was die alten Dammrisse anbetrifft, so räth Verf., mit der Operation nicht zu lange zu warten. Die Methode des Verf., durch welche er in 5 Fällen gute Resultate hat, ist die, dass streckenweise angefrischt und das Angefrischte sofort durch 2—3 Nähte geschlossen wird. Hierauf wird weiter angefrischt und weiter genäht. Durch diese etappenartige Methode hat man den Vortheil, dass die Blutung vermindert wird. Ausserdem ist oft der Umstand der Heilung hinderlich, dass die zuerst angefrischten Partien theils zu trocken, theils ödematös werden. Auch das wird durch schnelles Vereinigen verhindert. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

2. **Klebs** (Prag). Einige therapeutische Beobachtungen.

(Prager med. Wochenschrift 1879. No. 3.)

Verf. empfiehlt wie schon früher, gestützt auf experimentelle Arbeiten, das benzoesaure Natron in Fällen von mykotischer Intoxication mit Erniedrigung des Blutdrucks; contraindicirt ist dasselbe bei Klappenfehlern. Als Prophylaktikum bei Diphtherie ohne strenge Isolirung ist dasselbe jedenfalls nutzlos, und nur geeignet das Mittel zu discreditiren.

Im Fall der Anwendung ist es nöthig, die Körperflüssigkeit mit dem Mittel zu sättigen. $^1/_{1000}$ des Körpergewichtes ist als Maximaldose zu betrachten. Gelingt bei Darniederliegen des Digestionstractus die Aufnahme durch denselben nicht rasch genug, so muss zur subcutanen Application geschritten werden, oder die Injection direct in die Blutbahn stattfinden.

Nebenbei muss allerdings Desinfection des localen Herdes stattfinden, allenfalls eine stark erhöhte Körpertemperatur noch durch andere Mittel (Bäder) herabgesetzt werden.

Die örtliche Anwendung bei Diphtherie machte Verf. an einem scharlachkranken Kind mittelst eines Insufflators von Leiter, 0,12 Natr. benz. pro dosi.

Weniger üble Einwirkung auf das Herz als das Natronsalz hat vielleicht das Magnesia- und Lithionsalz. **Fehling** (Stuttgart).

---

3. **P. F. Mundé** (New-York). Indicationen zur Hystero-Trachelorhaphie, d. h. der Operation von Einrissen des Cervix uteri.

(Amer. Journ. of Obstetr. 1879. Januar.)

Th. A. Emmet hat zuerst im Jahre 1862 eine zweckmässige Operation für Einrisse und Eversion des Cervix uteri erfunden und ausgeführt. Die erste bezügliche Mittheilung erschien 1869, und bereits im Jahr 1874 hatte Emmet allein über 200 Mal operirt. Trotzdem war sein Verfahren bis dahin unbeachtet geblieben, ja in Europa scheint dies auch heute noch der Fall zu sein, da allein Breisky darüber schrieb, während Barnes, Leblond, Hegar, Kaltenbach und Schröder in ihren Handbüchern die Operation gänzlich übergehen. Wenn nun auch in N. A. die Operation als solche vollständig legitimirt ist, so gehen doch die Meinungen über die »Anzeige« zur Operation beträchtlich auseinander, wie denn namentlich Barker und Jacobi behaupten, dass die Operation viel zu häufig ausgeführt werde, anstatt dass man in so manchen Fällen durch Ruhe, Reinlichkeit, Adstringentien Heilung erziele. Zweck des M.'schen Artikels ist es nun, ganz abgesehen von den schweren Rissen und Ulcerationen, wo die Operation jedem selbstverständlich erscheint, jene zahlreichen Fälle zu präcisiren, wo bei nur leichten Graden von Zerreissung und Eversion die Emmet'sche Operation ebenfalls die verlässlichste und schnellste Heilmethode bildet. Solche Fälle sind:

1. Leichte Einrisse, welche unter gewöhnlichen Verhältnissen wohl keine Beschwerden verursachen, die aber, in Folge beständiger Reibung an der hinteren Vaginalwand sich in ein stark eiterndes Geschwür umwandeln, das allmälig auf den Cervicalcanal übergreift. Vor Schluss des Risses mag in derlei Fällen das Abkratzen der Cervicalhöhle nöthig erscheinen; doch heilt der Cervicalkatarrh meist von selbst nach Beseitigung der ulcerirten Fläche.

2. Leichte Einrisse, die vielleicht nicht einmal ulcerirt sind und an und für sich auch keine örtliche Störung darstellen, die aber doch durch das beständige Klaffen des evertirten Os eine mangelhafte Rückbildung und chronische Hyperplasie des Uterus unterhalten. Hier erscheint der mit der Operation überhaupt verbundene Reiz, sowie der Blutverlust und der von den zurückgelassenen Nähten aus-

gehende Reiz viel wirksamer als die Application des Glüheisens. — In diese Gruppe gehören auch jene Fälle von chronischer Metritis, wobei Andere die Amputation des Cervix vornehmen. Denn Thomas hat gezeigt, dass schon auf die Abtragung hin einer nur oberflächlichen Gewebsschicht jedes hypertrophirte Organ beträchtlich an Volumen abnimmt. Immerhin mag, wo wirkliche Hypertrophie des Cervix vorliegt, ausnahmsweise bei der Emmet'schen Operation auch Gewebe aus tieferen Lagen mit weggenommen werden.

3. Fälle von hypertrophischem und cystisch-entartetem Ectropium einer Muttermundslippe, wo die eigentliche Stelle der Lippe eine leicht blutende Geschwürsfläche, die oft $^1/_2$ bis 1 Zoll Durchmesser misst, einnimmt.

4. Risse, die mehr nur im Bereiche der Cervicalschleimhaut verlaufen, während der eigentliche Rand des Muttermundes mehr oder weniger unverletzt ist, die trichterförmige Cervicalhöhle offen steht und leicht das Nagelglied des Zeigefingers eindringen lässt. Ein zäher Schleimpfropf füllt dabei gewöhnlich den Muttermund aus.

5. Breite granulirende Erosionen und folliculäre Entartungen an dem Cervix — die um so dringender zur radicalen Entfernung mit dem Messer auffordern, wegen ihrer nahen Verwandtschaft mit Epithelioma.

Die Schmerzen sind meist so gering, dass die Operation selbst ohne Narkose gemacht werden kann. Dr. Skene operirte mehrmals in der Sprechstunde und schickte die Pat. mit der Pferdebahn nach Hause, ohne dass dadurch die prompte Vereinigung der Wunde gestört wurde.

Unter 250 Operationen ereignete sich nur 1 Todesfall durch Peritonitis und nur 1 Mal Cellulitis, mit günstigem Ausgang.

Betreffs der Häufigkeit des in Frage stehenden Befundes an dem Cervix macht M. folgende Angaben:

Unter 700 Frauen, die ein- oder mehrmals ausgetragene Kinder geboren, hatten 119 Risse des Cervix, wovon 92 bilateral, 24 unilateral; 2 an der hinteren, 1 an der vorderen Muttermundslippe. 20 waren Risse I., 45 II., 54 III. Grades. Nur in 16 Fällen fehlte gleichzeitige Eversion, sowie örtliche und allgemeine Symptome, welche der Läsion zur Last gelegt werden konnten. Nur in 3 Fällen war das Ectropium benarbt und reizlos. Zum Beweise für die Seltenheit der einfachen Erosion des Cervix im Vergleiche zur Erosion und Ulceration bei gleichzeitiger Eversion der Cervicalschleimhaut diene, dass unter jenen 700 Fällen einfache Erosion nur 11 Mal zur Beobachtung kam.

Während nach M. 17% aller Frauen, die geboren haben, an Rissen und ihren Folgen leiden, berechnet Dr. Hanks deren Zahl auf nur 8,4%. Dieser Widerspruch findet eine zwanglose Erklärung in dem Umstande, dass M. seine Beobachtungen im Mont-Sinai Hospital sammelte, wo meistens Jüdinnen Hülfe suchen, die in der Regel weder von gebildeten Geburtshelfern sich entbinden lassen, noch im Wochenbette sich schonen — dahingegen Dr. H.'s Patien-

tinnen meist Irländerinnen oder Amerikanerinnen waren, bei denen die Entbindung durch einen Arzt Sitte ist.

Dem Aufsatze sind 2 colorirte Tafeln beigefügt, welche in vorzüglicher Weise die verschiedenen Grade der in Frage stehenden Läsion illustriren. **H. Banga** (Chicago).

---

4. **J. M. Duncan** (London). Klinische Vorlesung über Krebs des Uterus-Körpers.

(12. Vorlesung des Curses im St. Bartholomews Hospital.)

(Med. tim. and gaz. Vol. I. 1879. No. 1502. p. 391.)

Krebs der weiblichen Genitalorgane geht meist vom Uterushals aus, wenn auch nicht so ausschliesslich, wie gewöhnlich angenommen wird; unter 39 in letzter Zeit in D.'s Station »Martha« vorgekommenen Fällen dieser Art sind 19 Krebse des Uterushalses, ferner 5 von der Vagina, 4 vom Uteruskörper, 1 vom Rectum ausgegangene, endlich 10 nicht näher bestimmbare. Ein vom Rectum ausgehendes Carcinom, dessen Geschichte näher berichtet wird, das Mastdarmstrictur und Fäcalretention veranlasst und hierdurch zur Colotomie führt, giebt zu der Bemerkung Veranlassung, dass Fäcalretention ausser der gewöhnlichen Bildung von Scybalis, bei Frauenkrankheiten, die doch so oft Compression des unteren Darmendes herbeiführt, dennoch nicht vorkomme, ausgenommen bei bösartigen Tumoren. Dagegen kommt im Gegensatz hierzu Urinretention weit häufiger bei anderen Krankheiten, zumal Fibroiden vor, als bei den bösartigen Geschwülsten der Genitalien.

Die oben als unbestimmten Sitzes aufgeführten 10 Fälle zeigen alle eine brettartige Härte der oberen Beckengegend und es ist daher schwer, wenn der Cervix gesund geblieben, eine sichere Differentialdiagnose zwischen Perimetritis und Carcinom zu machen. Auch kann Perimetritis, sogar eitrige, das Carcinom begleiten, häufiger bei jungen, aber auch alten Frauen; ferner kann ebenso gut bei Carcinom, als auch bei Peri- und Parametritis Perforation in die Blase vorkommen, wie D. durch Mittheilung eines Falles zeigt.

Carcinome des Uteruskörpers allein bei scheinbar gesundem Cervix kommen nicht so selten vor, wie man glaubt, unter jenen 39 Fällen 4 Mal. D. unterscheidet 4 Arten. In einem Theil der Fälle ist das Hauptsymptom die Vergrösserung des Körpers (carcinomatöse Infiltration Schröder's, Ref.), welche andere Erkrankungen, namentlich Fibroide, vortäuscht, zumal wenn, wie anfangs besonders gar nicht selten, fötider Ausfluss fehlt und nur blutiger besteht. Dagegen ist Verwechselung mit Perimetritis hier nicht leicht möglich; zur Annahme eines Krebses führen das Alter, welches sogar noch höher bei Carcinomen des Körpers als bei denen des Halses ist, die Anwesenheit von Ascites, die durch Schwellung der benachbarten Drüsen verursachte Infiltration, sowie die als Folge der hier in allen Formen auftretenden Peritonitis fast nie fehlende Fixation.

Eine sichere Diagnose von Fibroid hält D. in vielen Fällen für unmöglich, und er hat in Folge eines derartigen Irrthums öfter Durchbohrung der Uteruswand mit der Sonde gesehen, welche zuweilen tödtliche Perforations-Peritonitis veranlasst, aber dann auch gefahrlos sein kann, wenn der Peritonealüberzug nicht mit der brüchigen Uteruswand zugleich durchstossen wird.

Eine 2. Form ist die knotige, welche wieder mit einer Gruppe von Uterus-Fibroiden zu verwechseln ist, ehe ein Durchbruch der Krebsknoten nach der Uterushöhle mit blutigem und fötidem Ausfluss stattgefunden hat. Hier würden wieder dieselben Momente leiten, wie bei der ersten Form, welche seltener ist, als diese.

Weiter folgen die krebsigen Erkrankungen des Innern des Uterus-Körpers, wohin D. neben fibrösen und epithelialen Carcinomen auch das Sarkom rechnet, welches fast dieselbe praktische Bedeutung, wie jene hat, nur dass es vielleicht langsamer wächst und leichter sich entfernen lässt (der Altersunterschied der Befallenen wird nicht erwähnt, Ref.). Vor Allem ist aber hierher zu zählen das Adenom der Schleimhaut; der Tumor blutet, erweitert die Uterushöhle, durchdringt den Cervix, erscheint in der Vagina, in einem Fall auch sogar in der Vulva; oft ähnelt er einem Polypen.

Endlich zählt noch hierher die Ulceration der Innenfläche, welcher eine Villosität derselben voranzugehen pflegt. Nach Erweiterung des Cervicalcanals mit Laminaria kann man den Sitz der ulcerirenden Fläche fühlen und dann gelingt die Heilung durch Einspritzungen von Höllensteinlösung oder Jodtinctur (nicht Auskratzen mit dem scharfen Löffel? Ref.), eine Behandlung, welche auch in älteren Fällen wenigstens Linderung der meist starken Schmerzen etc. herbeizuführen pflegt. Die Untersuchung post mortem erweist zuweilen keine eigentliche carcinomatöse Erkrankung, nur Ulceration (aber der Geschwürsgrund? Ref.), wogegen die Lumbardrüsen geschwollen und der Uterus und seine Höhle vergrössert zu sein pflegt. Durch Zerstörung der ganzen Uteruswandung kann Perforation ins Peritoneum, zuweilen auch in durch Adhäsionen desselben gebildete besondere Taschen eintreten.

Der Tod erfolgt bei Uteruskrebsen wie bei anderen Carcinomen: durch Blutungen, selten durch reine Erschöpfung, durch Septikämie, Pyämie und Metastasen in wichtigen Organen; ferner auch durch Urämie, sowie alle Formen von Peritonitis.

Die Behandlung findet keine weitere Besprechung.

Lühe (Stralsund).

---

5. **Rheinstädter** (Cöln). Ueber Sterilität.

(Deutsche med. Wochenschrift 1879. No. 14.)

I. Ueber den Zusammenhang zwischen Ovulation und Menstruation. Bestimmung der zur Befruchtung günstigsten Zeit des Beischlafs.

Verf. betrachtet kritisch die verschiedenen einander gegenüberstehenden Ansichten, und spricht die seinige dahin aus, dass: obschon das Vorkommen der vollendeten, bis zur Follikelberstung gehenden Ovulation ohne Menstruation über jeden Zweifel erhaben, und auch die Möglichkeit des Vorkommens von Menstruation ohne Ovulation nicht ganz in Abrede zu stellen ist, so muss man doch die Menstruation als das reguläre Zeichen der Follikelberstung betrachten.

Die Menstruationsblutung geht mit Abstossung der oberflächlichsten Schleimhautschichten der vor der Menses farbig gebildeten Decidua menstrualis einher, welche sich nur durch die kleinzellige Beschaffenheit des Interglandulargewebes von der Decidua graviditatis unterscheidet. Die Blutung ist die Folge nicht der Verfettung der Decidua, sondern einer acuten Hyperämie des Uterus, welche die oberflächlichen, strotzend gefüllten Capillaren der Schleimhaut um so eher zur Ruptur bringt, als die venösen Abzugscanäle sehr spärlich sind. Die Regeneration der Schleimhaut beginnt sofort mit Aufhörung der Blutung, ist um die Mitte der Periodenintervalle beendet und an die Regeneration schliesst sich unmittelbar der Wiederaufbau der Decidua menstrualis. Es ist daher die Uteruschleimhaut vor jeder Menstruation zur Aufnahme und Einbettung eines befruchteten Eies ausgerüstet. Hat vor der Menstruation keine Befruchtung stattgefunden, so bildet sich die Mucosa unter Blutung zurück; im entgegengesetzten Falle unterbleibt die Menstruation und die Decidua menstrualis wird zur Decidua graviditatis.

Ist diese Theorie richtig, so ist die frühere Schwangerschaftsberechnung nach der letzten Menstruation entsprechend zu modificiren.

Ferner muss die Zeit, die ein Ei gebraucht, um in den Uterus zu gelangen, als wesentlich kürzer angenommen werden, als man es bisher gethan, also einen, höchstens zwei Tage.

Eine weitere Consequenz endlich ist die, dass die der Menstruation kurz vorhergehende Zeit, die zur Befruchtung günstigste ist.

Schellenberg (Leipzig).

---

6. **Fehling** (Stuttgart). Ueber die physiologische Bedeutung des Fruchtwassers.

(Arch. für Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 2. p. 221.)

Auf einem so hypothesenreichen Gebiete eine in anerkennenswerther Weise vorwiegend an den soliden Boden des objectiv Nachweisbaren sich haltende Arbeit.

Die Menge des Fruchtwassers bestimmte F. durch Auffangen, was allerdings beim Nachwasser wegen des zugleich abfliessenden verunreinigenden Blutes seine Schwierigkeit hat; dennoch gelang es F. in 35 Fällen zuverlässige Resultate zu erlangen und so den von Gassner begangenen Fehler zu vermeiden, welcher Forscher wegen zu geringer Veranschlagung von Wasser- und Kohlensäureverlust bei der Geburtsarbeit die Fruchtwassermenge zu hoch taxirt hatte. Die geringste Menge bei reifer Frucht betrug 265, die grösste

2300 g, in Mittel 680; 4—6 Wochen ante terminum 423 g. Es besteht keine Proportionalität zwischen der Entwickelung der Frucht und der Fruchtwassermenge, wogegen die Menge des Fruchtwassers mit der Menge der Nabelschnurumschlingungen steigt. F. glaubt, dass hier ein Causalverhältniss bestehe: nach dem Gesetze, dass der Reibungswiderstand der Flüssigkeit in Röhren — Blut in den Nabelschnurgefässen — proportional der Länge des Rohres und umgekehrt proportional dem Durchmesser (Umschlingung) ist, sei bei länger umschlungenen Nabelschnuren ein grösserer Druck zur Blutbewegung nöthig, der denn zugleich genüge mit Inanspruchnahme der endosmotischen Eigenschaften der Nabelschnurgewebe ein Durchsickern nach dem Eisack hin zu bewirken. Einer Durchschnittsmenge von 170—700 g entspricht eine Nabelschnur von 54, einer über 700 von 58 cm Länge; ferner fand F. bei vermehrter Fruchtwassermenge die Spiralen der Nabelschnur vermehrt, endlich fand sich mehr Fruchtwasser bei tiefer Insertion in der Placenta nahe dem Eihautriss — höherer auf der Insertion lastender Wasserdruck — Rückstauung durch Nabelvene nach den Jungbluth'schen Gefässen.

Im 9. und 10. Monat besteht zwischen Menge des Fruchtwassers und des Trockenrückstandes kein Verhältniss, dagegen ist die Menge der festen Bestandtheile wesentlich von der Menge des Eiweisses abhängig. Bestimmungen der Harnstoffmengen ergeben Resultate, die etwa dem Bekannten entsprechen, der Harnstoff entstammt 2 Quellen, einmal enthält das Fruchtwasser eine seröse Flüssigkeit, dazu kommt zweitens noch ein Contingent aus den Nieren des Fötus; doch muss dieses Contingent so gering sein, dass diese geringe Menge nur durch ein ein- oder paarmaliges Uriniren des Fötus erklärt werden kann, dagegen berechtigt die geringe Menge durchaus nicht zum Schlusse, dass der Fötus regelmässig urinire. F. suchte der Menge des intrauterin gelassenen Urins durch die Bestimmung von Natron salicyl. oder Ferrocyankalium im Fruchtwasser nach Fütterung von Graviden nachzukommen. Da die Cautelen, die, wenn solche Berechnungen zuverlässig sein sollen, zahlreiche und äusserst schwierig zu befolgende sind, so gelangen nur wenige Versuche — bei diesen wenigen konnte ebenfalls geschlossen werden, dass die Beimengung von fötalem Urin zum Fruchtwasser eine nur sehr geringe sei.

Um die endosmotischen Eigenschaften der Nabelschnur zu prüfen, machte F. folgende Versuche: Ein mit $^1/_{20,000}$ Salicylnatronlösung gefüllte Nabelschnur wurde in reines Fruchtwasser gehängt: nach 10—16 Stunden im Fruchtwasser deutliche Reaction. Hatten Gravide längere Zeit Salicyl genommen und wurde dann nach der Geburt die möglichst gereinigte Nabelschnur in Wasser oder Kochsalzlösung gehängt, so zeigte das Wasser nach 8—12 Stunden in den meisten Fällen Salicylreaction. Ferner lässt sich durch Fütterungsversuche nachweisen, dass die Nieren des Fötus langsamer uriniren, als die des Geborenen; noch wäre der Thatsache zu gedenken, dass, wenn

stillende Mütter Salicyl nehmen, dieser Stoff im Urin des Kindes nachzuweisen ist, ein Nachweis, der früher nicht gelungen war.

Küstner (Jena).

---

7. **H. Magnus** und **E. Fränkel** (Breslau). Ueber die Anwendung des reinen Alauns in Substanz bei Schleimhauterkrankungen.

(Breslauer ärztliche Zeitschrift 1879. No. 7 u. 8.)

Magnus bespricht die Anwendung des reinen Alauns bei Erkrankungen der Conjunctiva. Fränkel wendet bei chronischen Fällen von uteriner Leukorrhoe passend geformte Intrauterinstifte von reinem Alaun an. Es eignen sich für diese Behandlung:

1) Fälle von Cervicalblennorrhöen, die nach einer vor längerer Zeit erfolgten Tripperinfection zurückgeblieben sind.

2) Bei skrophulösen oder chlorotischen Individuen wurde neben der allgemeinen gegen die Blutdyskrasie gerichteten Behandlung die örtliche durch den Alaunstift gegen die Hypersecretion der Cervicaldrüsen gerichtet.

3) Bei Subinvolutio uteri nach Abort oder richtigen Geburten, sowohl wenn nur die Cervix oder das Corpus uteri mangelhaft zurückgebildet sind.

Während Verf. früher bei diesen Fällen chronische Endometritis nach Pressschwamm-Dilatation die Uterusinnenfläche mit Acid. nitric. fumanz geätzt hat, benutzt er jetzt mit Erfolg die Alaunstifte.

4) Bei Stagnation des Secrets in der Cervix oder im Cavum uteri, bedingt durch Narben am äusseren oder inneren Muttermund, will F. nach Wiederherstellung des freien Abflusses des Secrets die Hypersecretion durch Alaunstifte beseitigen.

Er bedient sich hierzu passend geformter Stifte geschmolzenen Alauns, die je nach ihrer Anwendung für Cervix oder Corpus uteri, 3—9 cm lang sind, sie werden unter Leitung eines oder zweier Finger mit einer Kornzange in die Uterushöhle eingeführt. Vorzüge des reinen Alauns sind seine Ungefährlichkeit, leichte Zerfliesslichkeit im Uterus, prompte Wirkung bei sehr leicht ausführbarer Application. Die Wiederholung der letzteren geschieht alle 3—4 Tage, in günstigen Fällen genügen 6, in hartnäckigen sind 12—15 Alaunstifte nöthig.

Bruntzel (Breslau).

---

8. **E. Cutter** (Cambridge, Mass.). Die Behandlung der Uterusfibroide durch die tiefe Elektropunctur; erläutert durch 50 Fälle.

(Amer. Journ. med. Sciences 1878. Juli.)

Verf. hat in Gemeinschaft mit Dr. Gilman Kimbell von Lowell seit 1871 50 Fälle von grossen Uterusfibroiden mittelst Elektropunctur durch die Bauchdecken behandelt. Die Batterie wurde

eigens zu diesem Zwecke construirt, und besteht aus 8 Platten von je Kohle und Zink, 9 bei 6 in Grösse. Die 4 ersten Platten sind ZK, die übrigen KZ arrangirt. Sie sind von 3 runden Löchern durchbohrt, zwei oben, eines unten, durch welche Hartgummistäbe laufen und die Platten befestigen. Die Flüssigkeit ist Kali bichromatum 500 g, Ac. sulphuricum 210 g. Die Batterie beabsichtigt mehr eine elektrokaustische, als elektrolytische Wirkung auszuüben.

Die Elektroden sind von Cutter ersonnene 9 Zoll lange rinnenförmige Stilette, welche durch die Bauchdecken fast bis an den Griff, mit gegeneinander sehenden Spitzen, zu beiden Seiten des Unterleibes in die Geschwulst eingestossen werden. Dauer der Sitzung 3 bis 15 Minuten; Zahl der Sitzungen schwankte zwischen einer und 19, in Zwischenräumen von 7—14 Tagen. Die Pat. wurde stets auf die etwaige Gefährlichkeit der Operation vorbereitet und im Bette gehalten, bis die Wahrscheinlichkeit einer entzündlichen Reaction vorüber war. In 7 Fällen wurde das Wachsthum der Geschwulst nicht aufgehalten; 4 starben; bei 32 wurde die Geschwulst zum Stillstande gebracht; 3 wurden sehr gebessert und 4 ganz geheilt. Die Todesursache war typhöser Collapsus, Peritonitis, Septikämie. Die Fälle sind im Detail im Originale nachzulesen.

P. F. Mundé (New-York).

---

9. **O. Michelsen** (Salzwedel). Ueber Puerperalpsychosen.

Inaug.-Diss. der med. Facultät zu München 1878.

Nach einigen historischen Bemerkungen theilt Verf. 7 Fälle puerperaler Psychosen mit, an welche er unfruchtbare Classificationsversuche anknüpft. In 5 der mitgetheilten Fälle, sämmtlich post partum entstanden, hat man es mit heftigen, bald in Genesung übergegangenen Aufregungszuständen zu thun, 1 Fall bietet einen vorübergehenden Krampfzustand mit Bewusstseinsstörung bei einem schon vorher hochgradig neuropathischen Individuum dar, ein anderer eine ausgesprochene circuläre Form des Irreseins, deren Entstehung im Wochenbett mindestens zweifelhaft ist. Von besonderem gynäkologischem Interesse ist keiner der beschriebenen Fälle. In den weiteren Ausführungen über Aetiologie, Formen, Prognose etc. der puerperalen Psychosen sind die über diesen Gegenstand bekannten Ansichten zusammengefasst.

Engelhorn (Winnenthal).

---

10. **Hofmann** (Würzburg). Medicinische Statistik der Stadt Würzburg 1877.

(Verhandlungen der physik.-medicinischen Gesellschaft zu Würzburg 1879. Bd. XIII. Hft. 1 und 2.)

Die Geburtenhäufigkeit betrug im Jahr 1877 34,6 pro mille (35,1 1876), mit Ausschluss der Entbindungsanstalt sogar nur 28,9. Würzburg steht demnach unter gleichgrossen Städten sehr niedrig in der Fruchtbarkeit. Das Verhältniss der neugeborenen Mädchen zu Knaben

ist 100 : 97. Zwillingsgeburten kamen 1,09 % vor. 27,8 % der Lebendgebornen sind unehelich. Das Geburtenmaximum fällt in den März — Juli, das Minimum auf den Januar und Februar.

Nach den Hebammentabellen kamen 95,31 % Schädellagen, 0,49 % Gesichts- und Stirnlagen, 3,5 % Beckenendlagen, 0,7 % Querlagen zur Beobachtung.

4,1 % der Geburten mussten künstlich beendigt werden, auf 1646 Geburten sind nur 5 Nachgeburtsoperationen verzeichnet.

Von den Müttern stillten nur 8,8 % nicht.

Unter den Gebornen waren 3,7 (mit Ausschluss der Entbindungsanstalt 2,9 %) Todtgeborne. Die Sterblichkeit am Kindbettfieber betrug 0,42 % der Entbundenen. **Fehling** (Stuttgart).

---

11. **M. Salin.** Manuelle Lösung der Placenta und Placentareste.

(Nord. med. Arkiv Bd. X. No. 8—15.)

Verf. hebt erstens in Uebereinstimmung mit Duncan hervor, dass der Mutterkuchen am öftesten bis an das Orif. intern. mit seinem Rande gelangt und mit diesem voran, in einem der uterinen Längenaxe entsprechenden Diameter gebogen, herabsteigt. Abweichungen von dieser Art der Ausstossung sind artificielle, bei Tractionen im Nabelstrange hervorgerufen. Unter 100 Fällen war das Erste 80 Mal der Fall, 13 Mal präsentirte sich eine Partie der fötalen Fläche in der Nähe der Peripherie. — Verf. bespricht dann die in der Entbindungsanstalt (Stockholm) übliche Behandlung in der Nachgeburtsperiode, eine modificirte Credé'sche Methode. Die Gebärmutter wird mit der Hand überwacht, bis die spontane Contraction sich einstellt, dann leichte Reibungen, und wenn die Contraction ihr Maximum erreicht, Druck nach unten und hinten. Wenn die Placenta frei und in der Scheide ist, wird zu dem Drucke eine sanfte Traction im Nabelstrange gefügt. — Die Ursachen der Retention werden besprochen. Unter diesen werden die Adhäsionen festgehalten, ihre Seltenheit aber hervorgehoben. Verf. verwirft den Grundsatz, eine bestimmte Zeit festzusetzen, binnen welcher die Lösung geschehen muss.

Die Individualität der Fälle muss jedesmal in Betracht kommen. In den meisten Fällen kann die spontane Lösung durch entsprechende Behandlung herbeigeführt werden. — Placentareste selbst müssen immer entfernt werden, wenn ihre Gegenwart festgestellt ist, dagegen hält Verf. fest, dass die zurückgebliebenen Eihäutereste keine Indication zum operativen Eingriffe abgeben, und bespricht 44 Fälle der Art, die ohne besondere Complicationen verliefen.

Ingerslev (Copenhagen).

---

12. **Maggia** (Padua). Ueber die Ursache der Geburt (resp. der Wehen).

(Lo Sperimentale 1878. December.)

Der sehr belesene Verf. glaubt (sich auf theoretische Betrachtungen und auf einige Temperaturmessungen der Achselhöhle, der

Vagina und des Cervicalcanals bei Schwangeren und Gebärenden stützend) annehmen zu dürfen, dass der thermische Reiz die Wehen hervorrufe.

Dieser Reiz sei gegeben durch das Ansteigen der Temperatur des Uterus in der letzten Zeit der Schwangerschaft. Die höhere Temperatur des Uterus ist nicht dem Fötus zuzuschreiben; die Wärmequelle ist im Uterus selbst zu suchen.

Das Fruchtwasser erniedrigt die Temperatur des Uterus; nach Abfluss desselben steigt die Temperatur und dieses ist ein Grund mehr, dass die Wehen stärker werden.

Die warme Uterusdouche ist eines der wirksamsten Mittel, die Frühgeburt zu erregen und die Heisswasserinjectionen ein sehr rationelles Verfahren, um Uteruscontractionen zu erzielen.

Liebman (Triest).

---

13. **Grassi** (Florenz). Ueber den Abfluss des Fruchtwassers während der Schwangerschaft.

(L'Imparziale 1878. No. 23 und 24. 1879. No. 1.)

Verf. glaubt, dass die Schwangerschaft zuweilen ziemlich lange nach dem Abflusse des Fruchtwassers (selbst bis zu 7 Wochen) fortdauern könne.

Verf. wundert sich dessen nicht, da er der Ansicht ist, dass das Fruchtwasser während der Schwangerschaft nur einen mechanischen Zweck (Schutz des Fötus) zu erfüllen habe. — Durch den Abfluss des Wassers wird nicht nothwendiger Weise die Contractilität des Uterus erregt. — Die Menge des Fruchtwassers, welche vorhanden sein muss, damit die Schwangerschaft fortbestehen könne, ist viel geringer, als das Mittel der Fruchtwassermenge bei einer normalen Schwangerschaft. — Der Fruchtwasserabfluss während der Gravidität ist gewöhnlich die unmittelbare Folge einer zu geringen Resistenz des Fruchtsackes und die mittelbare Folge irgend eines geringen mechanischen Insults (z. B. Husten).

Für alle diese Aussagen bringt Verf. nur dürftige oder gar keine Belege. Seine Geburtsgeschichten sind auch ebensowenig beweisend als eine im Anhange citirte Beobachtung von Bargioni.

Liebman (Triest).

---

14. **J. Behrend** (London). Zur blutigen Erweiterung des Os uteri.

(Wiener med. Blätter 1879. No. 9.)

Verf. hat nach Hysterostomatomie bei Dysmenorrhoe und Sterilität die Wundlappen der mittelst Sims'scher Scheere durchtrennten Cervix, durch je eine Naht, in Summa durch 4 Nähte mit Schleimhaut umsäumt, am 5. bis 8. Tage die Nähte entfernt, meist da-

bei primäre Heilung beobachtet und so die oft den Erfolg der Operation gänzlich vereitelnde Wiederverwachsung der getrennten Partien verhindert. **Felsenreich** (Wien).

---

17. **J. Weinberg** (Wien). Geschwüre in der Vagina.
(Wiener med. Blätter 1879. No. 7.)

Verf. bespricht die Seltenheit des Vorkommens venerischer und Hunter'scher Geschwüre in der Vagina, besonders in deren oberem Drittel und beschreibt einen Fall von Blen. urethrae et vaginae, Cystitis et Anteflexio uteri, in welchem gleichzeitig am obersten Theile der hinteren Vaginalwand ein 3 cm im Durchmesser haltender Schanker bestand. Bepinselungen mit einer concentrirten Lösung von Sulph. cupri führten in 5 Wochen zu Heilung.

Felsenreich (Wien).

Casuistik.

16. **Bruntzel** (Breslau). 6 Fälle von Exstirpation des Uterus »nach Freund«. (Arch. für Gynäkologie Bd. XIV. p. 245.)

1. Pat., 18 Jahr alt. Sarcoma polyposum hydropicum colli uteri. Operateur: Freund. »Bemerkenswerthe Punkte waren in der Operation: Die Verklebung des Uterus mit S. Romanum und der Blase; die sarkomatöse Infiltration des Darmes und der Blase; der Durchburch des Darms«. Bei der Section fand man eine trotz strengster Antisepsis eingetretene Peritonitis fibrino purulenta und in der Flexura iliaca ein feines Loch.

2. Pat., 47 Jahr alt. Uterus leicht vergrössert, frei beweglich, Muttermundssaum höckerig. Operateur: Spiegelberg. Darm bleibt in abdomine. Beide Tuben dilatirt, linkes Ovarium klein, apfelgross, cystisch. Unterbindung der Lig. lat., das linke blutet, isolirte Ligaturen. Auch das rechte blutet, da zufällig beim Abtrennen der Scheide die unterste Hauptnaht zerschnitten wird. Unterbindung stillt bald die Blutung. Peritonealnaht, beide Ovarien in die Winkel genäht. Nach der Operation Erbrechen, Morphium, ganz fieberloser Verlauf. Nach 3 Wochen völliges Wohlbefinden. Nach ca. 2½ Monat Recidiv, das sehr schnell wächst.

3. Pat., 41 Jahr alt. Port. vag. pilzförmiger Tumor, Uterus beweglich, die Wucherung geht hart bis an den Scheidenansatz heran. Operateur: Spiegelberg. Blase weit nach hinten und rechts verzogen. Darm nach aussen gelegt. Da der Uterus sich nicht heraufziehen lässt, der Douglas sehr tief ist und in ihn fortwährend Dünndarmschlingen gleiten, so macht die Unterbindung der Lig. lat. grosse Schwierigkeiten. Starke Blutung. Tod nach 24 Stunden. Bei der Section fand man in der Abdominalhöhle Blut, universelle Peritonitis, und einen zehnpfennig-grossen Blasendefect.

4. Pat., 51 Jahr alt. Amputation eines grossen Blumenkohlgewächses. Nach 2 Monaten wird ein Recidiv entdeckt und Freund'sche Operation beschlossen. Operateur: Spiegelberg. Die Operation wird nach Eröffnung der Bauchhöhle unvollendet gelassen, da die Parametrien carcinomatös infiltrirt sind.

5. Pat., 41 Jahr alt. Jauchendes intracervicales Carcinom. Operateur: Spiegelberg. Bei der Operation brach das Corpus uteri vom Collum ab. In der Mitte der Operation trat Collaps ein, Aetherinjectionen, schnelle Vollendung

der Operation, nach 13 Stunden Tod im Collaps. Bei der Section fand man die Herzmuskulatur anormal, Oedem beider unteren Lungenlappen und carcinomatöse Infiltration der rechten Leistendrüse.

6. Pat., 40 Jahr alt. Carcinom der vorderen Muttermundslippe nur wenig auf das Laquear übergreifend. Operateur: Spiegelberg. Uterus tief im Becken, durch Pseudomembranen adhärent. Operation in der gewöhnlichen Weise, die verzerrte Blase macht Schwierigkeit, bedeutende Blutung, mehrere isolirte Unterbindungen.

Vollkommene Anurie. Tympanites, Darmpunction schafft Erleichterung. Bei nicht erhöhter Temperatur, ungetrübtem Sensorium und Mangel jeden Oedems dauert die Anurie 5 Tage an. Dabei trat am letzten Lebenstage colossale Salivation ein. Tod. Bei der Section zeigte sich Peritonitis purulenta diffusa. Beide Ureteren waren durch die Ligaturen gefasst, dadurch war Hydronephrosis und Hydrops renum sowie frische parenchymatöse Nephritis entstanden.

Verf. knüpft an diese Fälle folgende Bemerkung: Die Freund'sche Operation ist gefährlicher als die Ovariotomie wegen der doppelten Eröffnung des Abdomens, wegen der langdauernden Manipulationen und dem Nachaussenlegen des Darms. Die Indication ist deshalb noch nicht klar, weil man noch nicht die Ausdehnung der Carcinome ganz genau beurtheilen kann, jedenfalls soll man bei Ergriffensein des Laquear vaginae nicht operiren. Dr. Benno Credé's Vorschlag, die Naht wegzulassen und von der Vagina aus das Peritoneum mit langen Pincetten zu fassen, wird acceptirt, dagegen nicht Massari's Ligatur. Die Angaben von Kocks führten im letzten Fall zu der Unterbindung der Ureteren, weshalb die Methode von Kocks nicht empfohlen wird. Verf. glaubt die Operation nicht für eine Radicaloperation erklären zu können. **Fritsch** (Halle a/S.).

17. **W. H. Baker** (Boston). — Abnormer Verlauf der Ureteren.

(Boston med. and Surg. Journ. 1878. December.)

Verf. berichtet einen Fall aus seiner Praxis, in dem bei einer unverheiratheten, 22 Jahr alten Dame eine aller bisherigen localen und allgemeinen Behandlung trotzende Urinincontinenz bestand, welche von Kindheit an beobachtet und deren Ursache nicht entdeckt worden war. Dabei hatte Pat. doch scheinbar eine gewisse Controle über ihre Blase, obschon ein fast constantes Urinträufeln ihre Kleider fortwährend durchnässte. Bei einer endlichen genauen Untersuchung sah Verf. einen Tropfen heller Flüssigkeit aus einer Oeffnung 2 Linien links und unterhalb der Urethra hervorquellen; in diese Oeffuung konnte eine Sonde $2^1/_2$ Zoll tief vorgeschoben werden, ohne jedoch in die Blase zu gelangen. Eine chemische Untersuchung zeigte, dass diese Flüssigkeit Urin sei; doch konnte auf keine Weise der Zusammenhang dieses vermeintlichen Fistelganges mit der Blase entdeckt werden.

Bei der Operation zur Schliessung dieser Fistel erwies sich, dass es sich um einen abnormen Verlauf des linken Ureters handle. Als diese Entdeckung gemacht worden war, war der Ureter schon $1^1/_2$ Zoll weit aufgeschlitzt worden; es wurde nun ein weiterer $1^1/_2$ Zoll des Harnleiters herauspräparirt, etwa ein Zoll von dem Blasenhalse eine Oeffnung in die Blase gemacht und der Ureter hier eingenäht und die Scheidenschleimhaut darüber vereinigt. Vollständige Heilung und normale Harnretention. Zwei Jahre später klagte Pat. wieder über Harnbeschwerden, und Verf. fand einen Blasenstein, den er durch den Scheidenblasenschnitt entfernte. Er wog etwa 18 g.

Verf. berichtet weiter einen ähnlichen Fall, der 1870 im Boston City Hospital beobachtet wurde. Pat., 15 Jahr alt, litt seit der Geburt an partieller Incontinentia urinae, indem sie trotz des constanten Träufelns mehrmals täglich spontan Urin lassen konnte. Hier war ebenfalls die linke Ureterenmündung im Vestibulum vaginae neben dem Meatus. Pat. verliess ohne Behandlung das Hospital.

Verf. übersieht die Literatur der Malposition der Ureteren und findet Fälle

von Bouilland, Cutler, Beach, Emmet, Davis, Thompson, Dowling, Walter Smith, Wiegert u. A., in denen zwei Ureteren auf der einen Seite waren, oder beide Ureteren mehr oder weniger verschmolzen waren, der eine Ureter in die Scheide neben dem Cervix mündete (Emmet), eine Niere nebst Ureter fehlte (Bouilland, Cutler) und von Rayer, der merkwürdigste Fall von allen, bei einem 14 Jahr alten Mädchen, nach deren Tode an Enteritis chron. ein vollkommenes Fehlen beider Nieren und Ureteren nebst Blase gefunden wurde. Von Geburt an hatte ein fortwährendes Träufeln einer nach Urin riechenden Flüssigkeit aus der Nabelvertiefung bestanden.

Die vollständigste Zusammenstellung ist die von Banner in einer kürzlich erschienenen Nummer von Virchow's Archiv, der 48 Fälle gesammelt hat.

Verf. zieht aus seiner Beobachtung und der Literatur folgende Schlüsse:

1. Der Harnleiter kann so verlaufen, dass er zur Harnincontinenz und anderen Störungen Veranlassung geben kann. 2. Es ist möglich, durch chirurgische Hülfe diesen abnormen Verlauf zu heilen. 3. Es ist nicht absolut nöthig zur Lebensfähigkeit eines Individuums, dass Nieren, Ureteren und Blase vorhanden sind. 4. In Abwesenheit der einen Niere ist die andere nicht immer vergrössert. 5. Wenn die Ureteren doppelt bestehen, so springt gewöhnlich der eine vom oberen, der andere vom unteren Abschnitte der Niere, mit getrennten Becken. 6. Wenn ein Ureter irgendwo anders mündet als in der Blase so kann dieses Organ doch vorhanden und gut entwickelt sein. 7. In der Mehrzahl der beschriebenen Fälle waren die Missbildungen der Ureteren nicht von Störung begleitet, und wurden erst bei der Section gefunden. 8. In nur drei der mitgetheilten Fälle wurde die Missbildung während des Lebens entdeckt, in Folge des Harnträufelns aus dem neben dem Meatus urin. oder in die Scheide mündenden Ureters.

P. F. Mundé (New-York).

18. **Ch. J. Egan** (Grey's Hospital, King William Town Brittish Kaffraria).

(Mittheilung an das Obstetr. Journ. 1878. No. LXVIII. p. 482. November-Heft.)

Verf. wird zu einem 13 Jahr alten zarten Mädchen gerufen, welches seit 14 Tagen an heftiger Metrorrhagie litt. die als der Eintritt der Menstruation aufgefasst worden war und daher erst zur Herbeiholung des Arztes führte, als schon äusserster Collaps eingetreten war. Es wurde Liquor Secalis cornuti verordnet, allein der Tod erfolgte doch bald, am 16. Tage nach Beginn der Blutung, an Erschöpfung, Section nicht gestattet. Es lag keine eigentliche hämorrhagische Diathese vor, nur seit einigen Jahren litt die Kleine an profusem Nasenbluten.

Das Alter von 13 Jahren ist in dem Lande des Verf. nicht ungewöhnlich die Zeit des Menstruations-Beginns, welchen er am frühesten im 8. Jahre hat eintreten sehen. **Lühe** (Stralsund).

19. Geburtshülfliche Gesellschaft zu London.

(Sitzung vom 5. März 1879. Vorsitzender Playfair.)

(Med. times and gaz. 1879. Vol. I. No. 1501. p. 383.)

1. Pessarien. Galabin zeigt ein Greenhalgh'sches Pessarium vor, das 4 Jahre lang in Vagina gelegen hatte und dessen Metall sich ganz in die Wand eingebettet hatte; die Entfernung gelang schwierig.

Playfair zeigt einen intrauterinen Stift vor, welcher 5½ Jahre lang getragen worden war, ohne Beschwerden zu veranlassen!

2. Tod durch Injection von Liq. Ferri sesquichlorati in den Uterus:

Cory zeigt die Genitalien einer Frau vor, welche nach Ausstossung einer Blasenmole 10 Wochen lang Uterinblutung gehabt hatte. Da diese plötzlich sich

sehr steigerte, wurde eine Lösung von Eisen-Perchlorid vermittelst eines langen durch den weit geöffneten Muttermund in den Uterus eingeführten Rohres gemacht. Unter Collapserscheinungen starb die Frau noch während der Einspritzung; die Section ergab, dass die Flüssigkeit durch die linke Tube in die Peritonealhöhle gedrungen war und sich im Douglas angesammelt hatte; ein Fetzen der Blasenmole sass an der Uteruswand.

Barnes macht aufmerksam auf eine früher von ihm empfohlene Applicationsweise von Stypticis vermittelst eines Rohres, in welchem ein mit einem solchen getränktes Schwämmchen befestigt und dann an Ort und Stelle durch ein Piston ausgedrückt wird. — Uebrigens sei jene Frau an Shok gestorben, ein Eindringen von Liquor Ferri in die Peritonealhöhle sei an sich nicht tödtlich, wie er bei Ovariotomien oft gesehen.

Bei der weiteren Discussion empfiehlt John Brunton ein Rohr nach Art des Catheter à double courant, welcher nach Aveling nutzlos ist, weil er sich durch Gerinnsel bald verstopfen müsste. **Lühe** (Stralsund).

20. **D. Pinnock** (Victoria in Australien). Fall aus der Poliklinik des Glasgower Maternity Hospitals.

(The Obstetr. Journ. 1878. No. LXVIII. p. 431. October.)

Bei einem neugeborenen Kinde findet sich ein Prolapsus intestinorum rechts vom Nabel, 6″ lang und 4″ breit; und zwar liegen die Eingeweide — Ileum, Coecum mit Processus vermiformis — ohne alle Umhüllung mit einem Sack vor, sie sind mit Luft und Flüssigkeit angefüllt. Reposition war wegen einer Einschnürung an der Bruchpforte unmöglich, Operation wird nicht zugelassen; Tod erfolgte nach 26 Stunden unter Einklemmungserscheinungen, Erbrechen von Fäcalmassen; Obduction nicht gestattet. **Lühe** (Stralsund).

21. **H. Lossen** (Heidelberg). Zur Casuistik der Laparotomien.

(Berliner klin. Wochenschrift 1879. No. 14—15.)

1. Hysterotomie nach Péan.

50jährige Frau; seit 2 Jahren in 3—4 wöchentlichen Intervallen, starke, schwächende Blutungen. Fibromyom des Uterus, sowohl interstitiell als subperitoneal, im Ganzen von der Grösse einer im 4. Monat schwangeren Gebärmutter. Nach 4 Wochen deutliches Wachsen der Geschwulst. Operation unter antiseptischen Cautelen; extraperitoneale Behandlung des Stieles; vollständig aseptischer Verlauf. Nach 3 Wochen Entfernung des Ecraseurs, der Stiel war nicht vollständig durchgeschnitten und wurde durch eine Ligatur gesichert. Nach weiteren 4 Wochen musste der in einen ca. 5 cm tiefen Trichter eingezogene Stumpf abgetragen werden; dann vollständige Heilung.

In der Epikrise erkennt Verf. an, dass die extraperitoneale Methode der Stielbehandlung zwar am sichersten vor Blutungen schütze, weist aber darauf hin, dass der der Gangrän verfallende Stumpf ein beständig offenes Atrium für Fäulnisserreger darstelle, wenn einmal antiseptische Behandlung fehlschlägt. Dazu kommen dann noch die heftigen Schmerzen in Folge der Zerrung. Es hatten daher Hegar, Schröder und Kleeberg Methoden zur intraperitonealen Behandlung angegeben und Freund vorgeschlagen, wie bei seiner Methode der totalen Uterusexstirpation die Ligaturfäden in den Stumpf durch das eingeschnittene hintere Laquear vaginae durchzuleiten und das Peritoneum zu nähen.

Die Hegar-Schröder'sche Methode der vielfachen Ligatur mit Naht der Uteruswunde ist jedenfalls die brauchbarste, nur will es Verf. scheinen, als ob die Naht nebensächlich sei. Er schlägt folgendes Verfahren vor: Um den Cervix wird ein Ecraseur oder Cintrat'scher Ligateur gelegt und der Tumor bis ca. 3 cm abgetragen. Nun werden 4 starke Fäden dicht oberhalb der Schlinge durch den Stumpf gezogen, 2 in sagittaler, 2 in frontaler Richtung; zwischen je 2 Fäden liegt ein

Zwischenraum von $1/2$ cm; ebenso zwischen 2 Paaren. Nun führt man den zu einander gehörigen um den halben Stumpf, jedoch so, dass die Fadenschlingen sich kreuzen und knotet, oder man legt dicht oberhalb des Ecraseurs eine ineinander greifende Doppelschlinge, einen sogenannten Fischerknoten an. Diese Doppelschlinge lässt sich ausserordentlich fest anziehen und ihre freien Enden werden durch einen Knoten gesichert. Nun nimmt man den Ecraseur ab und kann den Stiel, wenn die Blutung steht, versenken.

2. Fibrosarkom der Fossa iliaca sinistra.

28jährige Frau; seit $2^1/_2$ Jahren eine stetig wachsende Geschwulst in der Gegend der linken Crista iliaca. (Angeblich nach einem Falle vor 6 Jahren entstanden.) Die stark kindskopfgrosse Geschwulst ist glatt und ziemlich hart, wenig beweglich; die Bauchdecken verschiebbar. Von oben und von der Symphyse ist der Tumor zu umgreifen, der Lig. Pouparti deutlich und frei zu fühlen. Die Crista il. geht an der Stelle der Spin. ant. sup. direct in die Geschwulst über. Operation unter antiseptischen Cautelen. Schnitt parallel mit dem Lig. Pouparti. Die Geschwulst ist vorn mit den unteren Lagen der Bauchmuskeln und hinten mit dem Peritoneum verwachsen, was zahlreiche Ablösungen und Gefässunterbindungen nöthig macht. Vom Bauchfell muss ein handgrosses Stück ausgeschnitten und an der Geschwulst gelassen werden. Diese Wunde wird mit 21 Fäden vereinigt. Der daumendicke Stiel der Geschwulst wird abgeschnitten und noch ein Stück vom Knochen mitgenommen.

Ziemlich starke Blutung. Drainage, Lister'scher Verband. Verlauf aseptisch, nach 4 Wochen Entfernung des Drains. Pat. wird mit einem eigens gearbeiteten Bruchbande mit breiter Pelotte nach 7 Wochen entlassen.

3. 6 Ovariotomien (1 Todesfall).

Die ersten 5 ohne antiseptische Cautelen, Klammerbehandlung des Stieles. 3 einfache Fälle, einmal multiple Colloidcysten, verbreitete Verwachsungen; einmal ausgedehnte Verwachsungen im kleinen Becken. Tod an septischer Peritonitis.

Der 6. Fall antiseptisch behandelt, mit Versenkung des Stiels.

Schellenberg (Leipzig).

22. **H. Unverricht** (Breslau). Sarkomatöses Dermoid des Ovarium mit secundärem Uterussarkom. — (Breslauer ärztliche Zeitschrift 1879. No 2.)

Die Beobachtung betrifft ein 24jähriges Dienstmädchen, das seit dem 16. Jahre menstruirt war. Seit 2 Monaten Cessatio mensium, kein Ausfluss aus den Genitalien. Gleich nach dem Cessiren der Menses traten Schmerzen und Schwellung des Abdomens ein. Bei der Palpation wurde im Abdomen ein Kindskopfgrosser höckeriger Tumor diagnosticirt, der freibeweglich war. Collum uteri hochstehend, knollig vergrössert, blumenkohlartig in das obere Scheidenlumen hineinragend, Schleimhaut glatt, auf der Unterfläche leicht verschiebbar. Hinter dem Uterus eine elastisch harte Geschwulst, die dem oben beschriebenen Tumor angehört.

Nach 4 wöchentlichem Aufenthalt im Allerheiligenhospital stirbt Pat. unter allmäligem Sinken aller Lebensfunctionen, nachdem ein starker Erguss in die Peritonealhöhle, der durch Punction entfernt worden war, sich rasch retablirt hatte.

Die Section (Dr. Binswanger) ergab: in der Bauchhöhle einen über Mannskopfgrossen Tumor, der der Wirbelsäule fest aufliegt, sämmtliche Unterleibsorgane untereinander verlöthet, und mit weisslichen Knoten besät. Rechtes Ovarium frei. Links vom Uterus liegt der Tumor, von ihm läuft die linke Tube als rundlicher Strang seitlich zum Uterus. In der Mitte des Tumors knochenharte Massen, die sich als knorplige Einlagerungen erweisen, daneben schwammige Partien, die von breiten Bindegewebszügen umgeben sind. Dann gelbröthliche breiige Massen, in deren Mitte büschelförmige blonde Haare und talgartiger Inhalt sich befindet.

Der Uteruskörper zeigte sich völlig intact, die Cervix dagegen fast bis zum Orific. ext. von grauweissen weichen Geschwulstknoten durchsetzt.

Die mikroskopische Untersuchung der Haare etc. enthaltenden Cysten ergab,

dass letztere sowohl von einander, als auch gegen die Umgebung vollkommen abgeschlossen waren, das Wandepithel zeigte die Structur normaler Cutis mit geschichtetem Pflasterepithel.

Die markschwammartigen Partien der Geschwulst, so wie die Metastasen im Uterus und den anderen Organen erwiesen sich als reines Rundzellensarkom.

Dass die sarkomatösen Geschwulstmassen vom Eierstock aus sich nach allen Seiten verbreitet hatten, zeigte sich schon makroskopisch, je weiter von ihm entfernt, desto spärlichere Metastasenbildung.

Als primäres Sarkom des Uterus konnte die Geschwulst nicht aufgefasst werden, da dann wohl die klinischen Erscheinungen andere gewesen wären.

U. glaubt es demnach in diesem Falle mit einer noch nicht beschriebenen, complicirten Mischgeschwulst von Dermoid mit Sarkom zu thun zu haben.

Er bespricht die Ansichten von Remak, Waldeyer etc., erklärt sich für die Ansicht von His, die eine für alle Dermoide gleichmässig gültige Entstehungstheorie giebt. An der kritischen Stelle, an welcher der His'sche Axenstrang mit der Urwirbelplatte und dem Medullarrohr zusammenstosse, ist die Möglichkeit gegeben, dass Theile aus den verschiedensten Keimblättern sich absprengen und sich zu Dermoiden entwickeln. Diese Theorie des embryonalen Ursprungs der Dermoide lässt sich ebenso gut auf die Entstehung jener Sarkommassen anwenden; Partikelchen embryonalen Bindegewebes können an jener Stelle, wo die Absprengung von Theilen der Oberhaut stattfand, in die Anlage der Keimdrüsen gerathen sein, die später wucherten und sich als Sarkomknoten repräsentirten.

Das secundäre Uterussarkom hat Verf. nirgends erwähnt gefunden; er bespricht am Schluss den Befund an der Port. vag. und discutirt die Möglichkeit einer Verwechslung mit Carcinom oder Hypertrophie. **Bruntzel** (Breslau).

23. **T. Kroner** (Breslau). Ueber einen Geburtsfall bei Osteomalacie. Vortrag gehalten in der medicin. Section der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur. — (Breslauer ärztliche Zeitschrift 1879. No. 8.)

Redner knüpft nach kurzem historischen Ueberblick an die Theorie der Osteomalacie an und erklärt sich für die Cohnheim'sche Appositionstheorie, die die weichen Partien im osteomalacischen Knochen als jung apponirte Knochengrundsubstanz auffasst.

In Breslau ist, soweit aus den Journalen der geburtshülflichen Klinik und den statistischen Berichten der Stadt ersichtlich, kein Geburtsfall bei osteomalacischem Becken in den letzten 13 Jahren beobachtet worden, auch in der Provinz Schlesien ist kein Fall constatirt worden. Der Vortragende stellte eine 30jährige Vpara vor, die seit ihrer 2. Geburt an Osteomalacie leidet, bislang aber noch spontan geboren hatte. Während der letzten Schwangerschaftszeit ergab die Untersuchung eine so hochgradige Enge des Beckenausgangs, dass nur ein Finger denselben passiren konnte. Beim Eintritt in die Klinik war das Kind abgestorben, das Becken erwies sich in der Geburt als dehnbar und wurde nach 24stündiger Geburtsdauer wegen eingetretenen Schüttelfrostes (putride Intoxication durch Einimpfung septischer Keime durch die Hände der untersuchenden Studenten) durch Perforation und Cranioclasma beendet. Schwierigkeiten machte die Entwicklung der Schultern, die mit einem hörbaren Ruck erfolgte. Die p. p. erfolgte Untersuchung erwies die grosse Dehnbarkeit des Schambogenschenkels, nach 8 Tagen war dieselbe jedoch wieder völlig geschwunden.

Eine zweite, hochgradig osteomalacische Frau wird ebenfalls vorgestellt, deren Zustand in der Poliklinik bei Behandlung eines Aborts constatirt worden war.

Bruntzel (Breslau).

24. **Praetorius** (Katzenelnbogen). Acute Carbolsäurevergiftung durch Resorption. (Berliner klin. Wochenschrift 1879. No. 15.)

45jährige, schwächliche Frau litt seit mehreren Tagen an Diarrhoe, welche der gewöhnlichen Behandlung nicht weichen wollte. Daher sollten Irrigationen

mit $1/2$ % Carbollösung gemacht werden. Nach Einführung von $1/3$ Liter plötzlich Ohrensausen, Schwindel, ohnmachtähnliche Zufälle. Erst nach wiederholten Ausspülungen des Darms mit reinem Wasser trat Besserung ein.

Schellenberg (Leipzig).

25. **E. Ingerslev** (Copenhagen). Einige Fälle von Ruptura uteri und Laquear vagina. (Hospitals Tid. 1879. No. 5.)

Verf. theilt einige Fälle von completer Ruptur mit, um zu zeigen, dass hierzu nicht immer eine besonders anstrengende Geburtsarbeit nöthig ist, dass aber die gefahrdrohende Spannung und Verdünnung des Cervix uteri zu Stande kommen kann unter einem von gewöhnlichen Verhältnissen wenig abweichenden Geburtsverlaufe. — Unter diesen Fällen muss ein gewiss einzig stehender erwähnt werden: Eine 36jährige, 7 Mal Schwangere bekam nach einer Anstrengung im 4. Monate Genitalblutung, die bald aufhörte, in der folgenden Zeit sich aber wiederholte. Im 8. Monate bekam sie während der Mahlzeit wehenähnliche Schmerzen nebst Genitalblutung. Starke Oppression. Die Schmerzen von lautem Schreien begleitet. Bei der Untersuchung war die Portio vag. nicht verkürzt, Orif. int. kaum durchgänglich. Schneller Collaps und Tod nach 2 Stunden. Bei der Gastrotomie zeigte sich das Peritoneum ausgespannt, blauroth, und beim Einschnitte strömte reichliches dunkles Blut hervor. Uterus konnte nicht gleich gefunden werden, an seinem Platze lag ein dünner Sack, das nicht geborstene Ei. Bei der Oeffnung fliesst meconiumfarbiges Wasser hervor. Der Fötus ohne Leben, 6—8 Wochen zu früh geboren. Im Fundus uteri war eine Ruptur, sich ins Corpus erstreckend bis $1/2$" vom Orif. internum. Keine Beckenenge, keine Exostosen, kein Trauma vorausgehend. Die mikroskopische Untersuchung des Uterusgewebes gab keine Erklärung der vor dem Beginne der Geburt stattgefundenen vollständigen Zerreissung, vielleicht müsste eine von den wiederholten Genitalblutungen herrührende Schwäche des Uteringewebes angenommen werden. **Ingerslev** (Copenhagen).

26. **Schlotfeld.** Ruptura uteri, Genesung.

(Ugeskrift for Loger 1879. No. 1.)

Multipara, 3 natürliche Geburten vorher. Keine Beckenenge. Nach dem Abgange des Wassers und dem Herabrücken des Kopfes traten Symptome des Collapsus auf, und gleichzeitig Verschwinden des vorliegenden Schädels. Wendung und Extraction. Nach der Geburt wurde eine Ruptur im Fundus constatirt, durch welche Darmschlingen in den Uterus hineingefallen und die Placenta in das Cavum peritonei ausgedrungen war. Letztere wurden entfernt. Die bald eintretenden peritonitischen Symptome wurden mit Morphin, Cataplasma und localer Blutentleerung bekämpft. Nach einer langen Reconvalescenz vollständige Genesung 7 Wochen nach der Entbindung. **Ingerslev** (Copenhagen).

27. **Kjönig.** Extrauterinschwangerschaft mit Genesung.

(Norsk. Magazin f. Logevid 3 R. Bd. VIII.)

Nach zwei normalen Geburten traten unter der Lactation Schwangerschaftssymptome auf. Im 3. Monate Symptome, die auf eine geborstene Tubarschwangerschaft deuteten, wonach langdauernde chronisch peritonitische Zufälle und eine kindskopfgrosse Schwellung im linken Hypochondrium zu fühlen war. Eine normale Schwangerschaft und Geburt traten zu, nach welchen die erwähnte Geschwulst unverändert blieb. $1/2$ Jahr später ging häufig mit dem Stuhlgange Eiter und kleine Knochenstücke ab. Neue Schwangerschaft trat zu; es war dann eine wallnussgrosse Schwellung zurückgeblieben, 14 Tage nach der Geburt nur Spuren von Infiltration. — Die Knochenstücke waren Rudimente vom Os occipitis, frontis und humeri, von einer 6 Monate alten Frucht. **Ingerslev** (Copenhagen).

28. **W. H. Byford** (Chicago). Ein Fall von Ovario-Hysterotomie.

(Amer. Journ. of Obstetr. 1879. Januar.)

Ein Landarzt cosultirte B. wegen einer Ovarialcyste, die sich bei einer 23jährigen, unverheiratheten Dame innerhalb eines Jahres entwickelt hatte, unter rascherer Zunahme in den letzten 6 Monaten. Menses seit einigen Monaten ausgeblieben. Die Diagnose einer, wahrscheinlich uniloculären, Ovarialcyste bot so wenige Schwierigkeiten dar, dass auf einer Untersuchung per vaginam, welche sich die Kranke aus, augenscheinlich wahrem, Schamgefühl verbat, nicht weiter bestanden wurde. 3 Wochen später Ovariotomie. 3″ lange Incision. Keine Verwachsungen an der vorderen Wand. Nach Entleerung von 12—13 Liter einer bernsteingelben klebrigen Flüssigkeit zeigt sich, dass hinten an dem nahezu entleerten Cystensack ein zweiter Tumor anhängt, der sich elastisch anfühlt und überhaupt das Aussehen einer 2. Cyste darbietet. In der Meinung, durch Entleerung dieser 2. Cyste die Entwicklung der Gesammtgeschwulst zu erleichtern, taucht B. den Troikar in dieselbe. Das Instrument findet auffälligen Widerstand, auch fliesst statt Cysteninhalt nur Blut durch die Kanüle ab. — Erweiterung der Bauchwunde, wobei sich herausstellt, dass die erste Cyste nur durch lockere Adhäsionen mit dem 2. Tumor verbunden ist, welcher sich jetzt unzweifelhaft als der gravide Uterus darstellt. — B. beschloss die Gebärmutter zu entleeren, zu welchem Zwecke er dieselbe durch einen etwa 4″ langen Einschnitt in der Längsrichtung und durch die Punctionsöffnung hindurch eröffnete. Die Incision traf in die Placenta, welche rasch mit dem Zeigefinger gelöst wurde, worauf die ganze rechte Seite des Fötus zu Tage lag. Auf leichten Zug an der Hüfte trieb der Uterus die etwa $6^1/_2$ Monate alte Frucht heraus, wornach noch Fruchtwasser und Eihäute manuell entfernt wurden. Gebärmutterwunde durch seidne Knopfnähte geschlossen; Uterus fest contrahirt. Weder Blut noch Fruchtwasser war in die Bauchhöhle geflossen. Zur Unterhaltung eines freien Abzuges der Lochien wurde der Muttermund mit dem Finger erweitert und ein dicker, elastischer Katheter während mehrerer Stunden darin gelassen. Der Cystenstiel wurde in 2 Theilen mit Seide unterbunden, versenkt und die Fäden durch den unteren Wundwinkel herausgeleitet; die Bauchwunde durch Knopfhefte geschlossen und mit Carbolwatte bedeckt. Heilung ohne irgend welchen Zufall.

Im weiteren Verlaufe des Artikels führt B. noch 2 Fälle an, wo dem Operateur (Wells und Hillas) das gleiche Missgeschick, nämlich die unerwartete Eröffnung des graviden Uterus, widerfuhr; beide entleerten ebenfalls sofort den Uterus vollständig. Beide Operirte genasen. — In einem 3. Fall von Complication von Ovarialcyste mit Gravidität nähte der Operateur den punctirten Uterus und liess dessen Inhalt unberührt: am folgenden Tage Geburt eines 6 monatlichen Fötus, am 3. Tag Tod der Mutter. — In einem 4. Fall vollzog der Operateur den Kaiserschnitt, rettete ein ausgetragenes Kind, liess einen colloiden Ovarialtumor sitzen. Tod der Mutter am 3. Tage. — Schliesslich erklärt sich B. mit dem Rathschlage des erfahrenen Wells einverstanden, der sagt: »Wenn es sich während des Verlaufes einer Ovariotomie herausstellt, dass der Uterus gravid ist, dann lasse man ihn unbelästigt; ist er aber in irgend einer Weise verletzt oder gar durchbohrt worden, dann erscheint die sofortige und vollständige Ausräumung der Uterushöhle als das rationellste Verfahren, das sich auch in mehreren Fällen bewährt hat.«

H. Banga (Chicago).

29. **W. H. Lee** (New London, Missouri). — Fall von Vaginalhernie bei der Entbindung. (St. Louis med. and Surg. Journ. 1878. October.)

Pat., 35 Jahr. Bei der 7. Entbindung, welche 8 Stunden dauerte, und leicht war, entwickelte sich sofort nach Expulsion des Kindes und der Placenta eine fast kindskopfgrosse Geschwulst der linken Schamlippe, welche weich und teigig war, und etwa 9″ lang und 6″ im Durchmesser maass. Keine Schmerzen. Verf. reponirte leicht den Bruchinhalt, welcher meistens die vordere seitliche Wand der Scheide

hervorgewölbt hatte, hielt die Hand einige Zeit in der Vagina; liess dann Pat. 3 Wochen eine liegende Stellung im Bette beibehalten, und dieselbe erholte sich vollkommen. Bis dato, fast 2 Jahr später, war der Bruch nicht wieder erschienen.

P. F. Mundé (New-York).

30. **Neelsen** (Rostock). Ein Fall gleichzeitigen Vorkommens von Uteruscarcinom und Ovarienadenom bei derselben Kranken.

(Archiv für Heilkunde Jahrgang XIX.)

44jährige Frau, bis zum 39. Jahr regelmässig menstruirt, von da an profus und zu häufig mit Kreuz- und Leibschmerzen behaftet, die nach dem rechten Oberschenkel ausstrahlten. Stat. praes. bei der ersten Untersuchung: Rechte Extremität im Hüft- und Kniegelenk stark gebeugt, die Extension sehr schmerzhaft, ebenso der Druck auf den Nervus ischiadicus. Eitrig-jauchiger Ausfluss aus der Scheide; Portio verdickt und zerklüftet.

$2^1/_2$ Monate später bei der Aufnahme in das Krankenhaus war in der rechten Ileocöcalgegend ein derber fluctuirender Tumor nachzuweisen. Die Uterusaffection war weiter fortgeschritten, es war Decubitus eingetreten und der Tod trat sehr bald ein.

Autopsie. Grosse carcinomatöse Cyste in der Gegend des rechten Ileopsoas. Adenom beider Ovarien. Carcinom der Portio vaginalis und der hinteren Scheidenwand.

Die Cyste ist als secundärer Krebs aufzufassen, der in dieser Form sehr selten ist; sie ahmte das Bild eines grossen Psoasabscesses nach und lag unter der Fascia iliaca, unter den grossen Gefässen und dem Ureter an der Stelle der von dem Becken zu dem Trochanter minor gehenden Muskelmassen.

Interessant ist das gleichzeitige Vorkommen zweier absolut verschiedener Neubildungen in demselben Körper und zwar in zwei räumlich und functionell einander nahestehenden Organen wie Uterus und Ovarien.

Schellenberg (Leipzig).

Einladung zum Besuch der gynäkologischen Section der vom 18.—24. September d. J. in Baden-Baden tagenden Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte.

Die unterzeichnete, in Cassel gewählte Commission erlaubt sich, die Fachgenossen zu den gynäkologischen Sectionssitzungen der diesjährigen Naturforscher-Versammlung einzuladen und sie zu ersuchen, sich durch Vorträge und Demonstrationen an derselben freundlichst zu betheiligen.

Die Anmeldungen zum Vortrage wollen an den zuerst Unterzeichneten nach Baden-Baden adressirt werden.

Vorträge, die noch vor Juli zur Anmeldung gelangen, beabsichtigt die diesjährige Geschäftsführung in den Einladungs-Circularen kund zu geben. Sämmtliche bis August ergangene Anmeldungen werden an dieser Stelle in ihrer Einsendung entsprechender Reihenfolge alsbald mitgetheilt werden.

Die Commission

Baumgärtner, Freund, Hegar, Schultze.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S. (Margarethenstrasse 5), an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart (Alleenplatz 3), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling und Dr. Heinrich Fritsch
in Stuttgart. in Halle a/S.

Dritter Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 15 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 12. Sonnabend, den 7. Juni. 1879.

I. Kaiserschnitt, mit temporärer Ligatur der Cervix durch den Esmarch'schen Schlauch, wegen drohender Ruptur des Uterus bei hochgradiger Beckenenge und abnormer Resistenz des Muttermundes.

Von

C. C. Th. Litzmann in Kiel.

P......., 26 Jahre alt, 150 cm hoch, zweitgebärend. Allgemein verengtes, plattes, rhachitisches Becken; die rechte Beckenhälfte enger als die linke. Conj. vera im Leben von mir auf 7,5 cm geschätzt. Maasse des trockenen Beckens: Conj. vera 7,4 — 7,5 cm; Diam. transv. intr. (dem Promontorium sehr nahe) 13 cm; Dist. sacropectinea dextr. 6,7 cm, sin. 7,9 cm. Erste rechtzeitige Geburt vor 5 Jahren, nach vergeblichen Versuchen mit der Zange durch die Perforation beendigt. Letzte Menstruation: 9. Juni 1878. Die auf die 2. Woche des Februar 1879 festgesetzte Einleitung einer Frühgeburt

wurde durch eine zufällige Erkrankung der Schwangeren bis zum 27. Februar verzögert. Mässiger Grad von Hängebauch. Ziemlich reichlicher Wassergehalt des Uterus, mittlere Wandspannung. Frucht in 1. Diagonale, fast quer, Rückenfläche nach vorn, Kopf über der linken Darmbeinschaufel. Weiter faltiger Scheidentrichter; Vaginalportion bis auf eine Andeutung der hinteren Muttermundslippe fehlend; Muttermund rechts vom Promontorium, nur eben die Fingerspitze zulassend. Nach Ausspülung der Scheide mit Carbolwasser und Einführung von Salicyl-Vaseline in grösserer Menge wurde um 9 Uhr Vormittags ein elastischer Katheter in den Uterus ohne merklichen Widerstand so weit hinaufgeschoben, dass sein unteres Ende in der Scheide lag. Wiederholter Lage- und Stellungswechsel der Frucht während des Tages. Seit 12 Uhr Nachmittags deutliche Wehen. Um 6 Uhr Nachmittags wurde der Katheter entfernt. Frucht quer gelagert, Kopf links. Muttermund rechts in der Spitze des hoch nach oben zipfelig ausgezogenen Scheidengewölbes, für den Finger bequem durchgängig. Dicht darüber stösst derselbe auf die Spitze der conisch geformten, ziemlich gespannten Fruchtblase. Flache Rückenlage. — 9 Uhr Nachmittags Wehen ziemlich häufig, kräftig, mässig schmerzhaft. — 11 Uhr Nachmittags: Seit kurzem Erbrechen während jeder Wehe. Puls und Temperatur normal. Nach einer Morphiuminjection hört das Erbrechen auf. Grössere Ruhe der Kreissenden; geringe Schmerzensäusserungen während der anscheinend schwächeren Wehen.

28. Februar, 1 Uhr Vormittags. Die Wehen werden wieder schmerzhafter. Mit jeder Wehe tritt Singultus auf, gleichfalls, so oft die Kreissende trinkt, bisweilen auch spontan. Häufige Uebelkeiten und Erbrechen. Aussehen nicht merklich verändert, Temperatur normal, Puls langsam und gespannt. Die äussere Gestalt des Uterus ist inzwischen eine andere geworden. Er erscheint mehr dreieckig, der Fundus breit, mit eckigem Tubenwinkel beiderseits, die Seitenränder stärker nach unten convergirend, die vordere Fläche planer, während die Gegend über der Schoossfuge bis zum Nabel hinauf vorgewölbt ist, deutlich fluctuirt und den Anschein einer überfüllten Harnblase darbietet, ohne jedoch deutlich gegen den oberen Theil des Uterus abgesetzt zu sein. Der in die Blase eingeführte Katheter wendet sich mit dem Schnabel nach unten und hinten und entleert nur wenig Harn. Die Uteruswand verharrt in fast beständiger Contraction, wobei die Aufblähung des unteren Abschnitts etwas zuzunehmen scheint. Muttermund kaum weiter; der Rand desselben, sowie die nächstobere Partie der Cervix von bedeutender Resistenz. Die Spitze der dauernd gespannten Fruchtblase drückt noch nicht auf ihn. Eine subcutane Injection von Atropin verschafft der Kreissenden für mehrere Stunden Ruhe.

Um 7 Uhr Vormittags stellten sich indess Uebelkeiten und Singultus auf's Neue ein. Als ich um $8^1/_2$ Uhr Vormittags die Kreissende wiedersah, fiel mir der unruhige, angstvolle Ausdruck ihres Gesichts auf. Die Wehen waren schwächer und seltener geworden,

jede Wehe aber von Singultus und Würgen begleitet. Puls und Temperatur normal. Dagegen erschien die geschilderte Configuration des Uterus noch stärker ausgeprägt. Der Uteruskörper, die quergelagerte Frucht umschliessend, war ganz nach rechts herübergesunken, der untere Abschnitt des Uterus noch stärker vorgewölbt, von dem oberen durch eine, besonders während der Wehe deutliche Furche geschieden, die links etwa 3 Fingerbreit nach unten und aussen vom Nabel beginnend, nach rechts und abwärts gegen die Spina oss. ileum hin verlief. Während der Contraction des oberen Uterinabschnittes fühlte ich, wie auch die Wand des unteren erhärtete. Der Muttermund war durch die gespannte Fruchtblase noch tiefer ins Becken herabgepresst, aber weder weiter, noch nachgiebiger geworden.

Es hatte sich also der Uterus mit der Frucht, unter Austreibung des Fruchtwassers in den enorm dadurch gedehnten Cervicalcanal, hoch über den Beckeneingang hinauf zurückgezogen. Die linke Cervicalwand war stärker gespannt, als die rechte und zunächst der Gefahr der Zerreissung ausgesetzt. Eine baldige Entlastung des Organs war unbedingt nothwendig. Die Ungewissheit über den Zeitpunkt, in welchem der Muttermund überhaupt die Entbindung auf dem Normalwege zulassen würde, die grosse Gefahr, welche unter den obwaltenden Umständen für die Mutter damit verknüpft war, neben der gänzlichen Aussichtslosigkeit, das Kind auf diese Weise zu retten, bestimmten mich, der Kreissenden den Kaiserschnitt als die schnellste und wahrscheinlich sicherste Hülfe vorzuschlagen. Sie willigte ohne Zaudern in die Operation. Für die Zeit der nöthigen Vorbereitungen wurde sie behutsam auf die linke Seite gelagert und ihr die möglichste Ruhe anempfohlen.

Unter den Vorbereitungen (wie zur Ovariotomie) war es $10^1/_2$ Uhr Vormittags geworden. Die Wehen folgten sich Schlag auf Schlag. Der Muttermund hatte sich bis auf beinahe 3 cm im Durchmesser erweitert, mit Zuschärfung seines Randes; die Spitze der gespannten, keinen Kindestheil enthaltenden Fruchtblase reichte bis in das Niveau desselben hinab. Sie wurde, während die Kreissende noch im Bette lag, mit einem feinen Troikart angestochen. Ein leicht blutig tingirtes Fruchtwasser ergoss sich in starkem Strome; über dem Muttermunde erschien eine Hand. Mit dem Abflusse des Fruchtwassers sank der Grund der Gebärmutter tiefer; gleichzeitig rückte die untere Grenze der Körpermuskulatur, welche sich jetzt in Form eines scharfen, überhängenden Randes markirte, gegen die Schoossfuge herab. Die Kreissende wurde vorsichtig in das Operationszimmer getragen und nach Entleerung der Harnblase und Desinfection der Scheide, sowie der Haut des Bauches und der Schenkel, die Operation unter Spray und den übrigen Lister'schen Cautelen begonnen. Ich führte den Bauchschnitt in der Linea alba gleich bis über den Nabel hinauf. Bei der Eröffnung des Peritoneums ergoss sich eine mässige Menge klaren, gelben Serums. An dem in der Wunde vorliegenden Uterus war die Grenze zwischen Körper und Cervix in

einer handbreit über der Schoossfuge schräg von links nach rechts abwärts verlaufenden Linie deutlich erkennbar, besonders an dem Farbenunterschied zwischen der bläulichen, etwas vorgewölbten Cervicalwand und der hellrothen Fleischmasse des Uteruskörpers. Durch die vordere dünne Wand der Cervix fühlte ich mit grosser Deutlichkeit eine Schulter und die Rippen des Kindes. Die linke Kante des Uterus liess sich leicht in die Wunde einstellen. Doch machte es ziemliche Mühe und gelang erst nach Verlängerung des Schnittes nach abwärts bis auf 3 bis 4 cm Entfernung von der Schoossfuge, das ganze Organ, theils durch Druck von rechts und hinten her, theils durch Zurückstreifen der Bauchdecken über den Fundus herauszubefördern. Es wurde nun senkrecht gehalten und erhoben und nachdem ich Schulter und Arm möglichst zurückgedrängt hatte, die Cervix mit dem elastischen Schlauch in mehreren Touren umschnürt. Schichtweise durchtrennte ich jetzt die vordere Uteruswand in der Länge von 12 bis 15 cm. Aus der Wunde ergoss sich das im Uterus zurückgehaltene Venenblut in ziemlicher Menge. In der Wunde präsentirten sich die Eihäute. Ich eröffnete sie schnell, ergriff, die sich vordrängende Schulter des Kindes umgehend, den links gelegenen Kopf und förderte an diesem anstandslos einen nahezu reifen, kaum asphyktischen Knaben zu Tage (Gewicht 3310 g, Länge 50 cm, Kopfmaasse: Umfang 35,2 cm, querer Durchmesser 10 cm, gerader 12,2 cm, schräger 12,7 cm). Der Uterus zog sich sofort zusammen; in Zwischenräumen konnte man eine noch zunehmende Erhärtung seiner Wände beobachten. Beim Durchschneiden der Nabelschnur ergoss sich aus dem uterinen Ende derselben das dunkle Reserveblut in ziemlich kräftigem Strahle und beträchtlicher Menge. Das Kind hatte schon vorher zu athmen begonnen und wurde im warmen Bade bald zum Schreien gebracht. Nach der Abnabelung des Kindes schälte ich die an der hinteren Wand des Uterus haftende Placenta ohne Mühe ab und entfernte sie mit dem ganzen Eisack. Jetzt aber prolabirten, bei plötzlichen starken Würgbewegungen der Entbundenen, die vorher schon in starker Action befindlichen und nur mit Mühe zurückgehaltenen Gedärme nach allen Seiten hin fast vollständig. Erst durch eine grosse Zahl eingeführter Schwämme, unter Erhebung des oberen Wundwinkels, wurde dieser Vorfall mühsam bewältigt. Nach Vereinigung der Uteruswände durch eine Anzahl theils tiefer, die Decidua mitfassender, theils oberflächlicher Nähte mit Catgut No. 3 wurde der Schlauch um die Cervix gelöst. Nur aus dem oberen Abschnitt des Uterus erfolgte eine geringe Blutung; sie stand sofort, nachdem hier noch einige Nähte angelegt waren. Das Organ zog sich auf leichte Massage noch fester zusammen. Im unteren Wundwinkel war jetzt der Scheitel der Harnblase sichtbar, die sich wieder gefüllt hatte und nach oben etwa 4 fingerbreit über die Schoossfuge prominirte, ohne nach hinten gegen die Bauchhöhle einen Vorsprung zu bilden. Mit dem Katheter, dessen Spitze durch die obere Blasenwand deutlich gefühlt werden konnte, wurde eine ziemliche Menge

klaren, dunklen Harnes entleert. Bei der Vereinigung der Bauchwunde, theils durch tiefe, das Peritoneum mitfassende, theils durch oberflächliche Nähte von carbolisirter Seide, zeigte sich in ihrem unteren Theile das Peritoneum beiderseits eine Strecke von der Bauchwand abgelöst, ein Zeichen, dass in der Schwangerschaft die Ausdehnung der Harnblase nach oben extraperitoneal erfolgt war. Verband nach Lister. Schon während desselben fiel die beträchtliche Aufblähung der Gedärme und Spannung des Epigastrium auf. Die Operation hatte etwa $1^1/_2$ Stunden gedauert. Die Operirte war stark abgekühlt, als sie in ihr gewärmtes Bett getragen wurde. Warme Kruken an die Seiten des Körpers. Ergotin-Injection.

Die Wöchnerin starb bereits 85 Stunden nach der Operation unter den Erscheinungen eines protrahirten Shoks, ohne dass sich Symptome der Sepsis, oder einer entzündlichen Reaction gezeigt hätten. Der stetig zunehmende Meteorismus rief Anfallsweise lebhafte Schmerzen im Epigastrium hervor. Mehrmalige Punction des Darms mit einem feinen Troikart, durch den sich reichlich theils Gas, theils eine dünne Flüssigkeit von fäculentem Geruch entleerte, verschaffte jedesmal grosse Erleichterung, aber nur auf kurze Zeit. Die Versuche am 3. und 4. Tage, bei eingetretenem Stuhldrang, durch vorsichtiges Eingiessen kleiner Mengen von lauwarmem Wasser, bezw. Ol. ricini ins Rectum eine Ausleerung zu bewirken, schlugen fehl. Nur einmal, wenige Stunden vor dem Tode, wurde der Abgang einiger Blähungen bemerkt. Das Würgen und Erbrechen dauerte nach der Operation fort und konnte nur stundenweise durch eine Injection von Morphium oder Atropin ins Epigastrium beschwichtigt werden. In solchen Zeiten der Ruhe wurde die Kranke bisweilen durch einen längeren Schlaf erquickt. Der Verband musste schon am Abend des Operationstages gewechselt werden, weil etwas Blut unter demselben hervordrang. Doch zeigte sich die Bauchwunde nur von einer mässigen Blutschicht bedeckt; der gut zusammengezogene Uterus stand mit seinem Grunde 2 fingerbreit unter Nabelhöhe. Bei einem zweiten Verbandwechsel am Abend des 2. Tages fand sich nur wenig bräunliches, geruchloses Blut auf der Wunde; die Contouren des Uterus liess der gesteigerte Meteorismus nicht mehr erkennen. Der Blutabgang aus der Scheide war mässig, nicht übelriechend; nur am 3. Tage wurde ein schwacher Geruch der Unterlagen wahrgenommen. Die Temperatur, welche sich in den ersten Stunden bis auf 38,5° C. erhoben hatte, sank bald zur Norm herab, erhob sich vorübergehend wieder auf 38,4° C., um am Ende des 2. Tages bis unter die Norm herabzufallen (36,6° C.) und stieg erst in den letzten 24 Stunden langsam wieder an bis auf 39,6° C. (6 Stunden vor dem Tode). Der Puls, welcher gleich nach der Operation regelmässig (84) war, zeigte sich schon im Laufe des ersten Tages sehr wechselnd in Qualität und Frequenz (104 bis 120), wurde am 2. Tage aussetzend und im Allgemeinen immer kleiner und schwächer und hob sich nur vorübergehend etwas, wenn die Kranke geschlafen, oder eine Kampher-

Injection bekommen hatte. Am Abend des 2. März klagte die Kranke zuerst über ein Gefühl von Lahmheit und Taubsein im linken Bein. Am Morgen des 3. März fand ich den Puls flatternd, unzählbar, das Gesicht verfallen. Die Kranke war sehr aufgeregt, redete irre, wollte beständig das Bett verlassen. Nach einer Morphium-Injection wurde sie ruhiger. Um Mittag waren die Hände kühl, der Puls an der Radialis nicht mehr zu fühlen. Die Kranke war jetzt wieder bei vollem Bewusstsein, sprach mit kräftiger Stimme, bewegte die Glieder frei, doch war das Gefühl im linken Bein vollständig erloschen, Unterschenkel und Fuss leicht geschwellt, die Haut desselben bläulich verfärbt. Gegen Abend verfiel die Kranke in einen leichten Sopor, das Athmen wurde röchelnd, die Glieder erkalteten mehr und mehr und am 4. März gegen 2 Uhr Vormittags trat sanft der Tod ein.

Autopsie 9 Stunden p. m.: Die Bauchdecken sehr stark aufgetrieben und gespannt. Die durch Nähte geschlossene Operationswunde fast verklebt und von gutem Aussehen. Lose Verklebungen der vorderen Bauchwand mit den dahinter gelegenen Eingeweiden. In der Bauchhöhle ein wenig graurothe Flüssigkeit und in der Nähe der Wunde etwas geronnenes Blut. Der Uterus von den stark aufgetriebenen Darmschlingen vollständig überlagert; seine Vorderfläche mit blass-graurothen Gerinnseln belegt, sämmtliche Knoten der Catgutligaturen gelöst, die äusseren Schnittränder klaffend, die inneren aneinander liegend und durch ein dünnes Blutgerinnsel mit einander verklebt. Die Innenfläche des Uterus von gutem Aussehen, mit kenntlicher Placentarstelle an der hinteren Wand. Der Muttermund zu einem thalergrossen runden Loche erweitert, inmitten des scharf gespannten und äusserst verdünnten Cervicalgewebes. Länge des ganzen Uterus 22 cm; Wanddicke am Fundus 3 cm; Länge der Höhle des Uteruskörpers 10 cm, des Cervicalcanals 9 cm, Breite (Umfang) desselben 17 cm. Die Vagina mit einem lockeren, theerartigen Blutgerinnsel erfüllt; ihre Innenfläche glatt. Die rechte Tube erheblich kürzer, als die linke. Im linken Ovarium ein grosses, blassgelbes Corpus luteum. Im Douglas'schen Raume eine Schlinge des S. romanum quer an die hintere Wand des Uterushalses angelöthet. — Die Harnblase an ihrer vorderen Wand vom Peritoneum abgelöst, sehr lang, etwas klaren Harn enthaltend, ihre Schleimhaut blass. — Anämie der Leber. — Leichte Schwellung (Induration) der Milz. — Thrombose der linken Nierenvene und der linken V. iliac. comm. (älteren Datums); kleine Infarcte in der linken Niere. — Ectasie des Magens und 2 markstückgrosse submucöse Hämorrhagien in der Pylorushälfte (Punctionsstellen). — Punctionswunden des Darms. — Compression der Lungen. Aspiration von Mageninhalt. — Sugillationen des Herzbeutels. Herz normal.

Abgesehen von der nicht gewöhnlichen Indication zum Kaiserschnitt in diesem Falle, möchte ich folgende Punkte als bemerkenswerth hervorheben:

1. Die temporäre Ligatur der Cervix hat weder dem Kinde geschadet, noch die Contractionskraft des Uterus beeinträchtigt.

2. Die Schliessung der Uteruswunde durch eine Naht hat, trotz der späteren Lösung der Knoten, den Hauptzweck der Blutstillung genügend erfüllt. Die Lösung der Knoten fällt nicht dem Material, sondern der fehlerhaften Schürzung derselben (»Altweiberknoten« statt »Schifferknoten«) zur Last. Die Widerstandskraft mit einem »Schifferknoten« geschürzter Catgutligaturen wurde nachträglich von uns durch Versuche mit dicken nach der Ligirung in Wasser gelegten Laminariastiften genügend festgestellt.

3. Der unglückliche Ausgang ist sowohl nach den klinischen Symptomen, die im Wesentlichen eine stetig zunehmende Lähmung der Darm- und Herzmuskulatur erkennen liessen, als nach dem Sectionsbefunde nur der heftigen Erschütterung des Nervensystems (Shok) beizumessen, hervorgebracht theils durch die der Operation vorhergegangene enorme Dehnung und Spannung der Cervicalwand, theils durch die Operation selbst, bei welcher vorzugsweise die starke Abkühlung und die unvermeidliche mechanische Insultation der Gedärme bei dem nur mühsam bewältigten, fast vollständigen Vorfall derselben ins Gewicht fallen.

II. Catgut als Träger der Infection.

Von

Prof. **Zweifel** in Erlangen.

Eine Erfahrung der allerjüngsten Zeit veranlasst mich, die Fachgenossen auf eine kaum zu vermuthende Quelle der Infection aufmerksam zu machen. Es wurde nämlich vor einigen Wochen eine minimale Fistelöffnung, die in einem Fadenlöchelchen bestand, durch eine Catgutnaht geschlossen. Die Oeffnung war bei einer vor 2 Jahren von mir gemachten Querobliteration der Scheide übrig geblieben und war so ungewöhnlich klein, dass man dieselbe weder sehen, noch mit der feinsten Sonde passiren konnte, als sie durch injicirte Milch sichtbar gemacht worden war.

Schon die Milch war dickflüssig genug, um die feine Oeffnung zu verstopfen. Auch der Urin wurde zum grössten Theil aus der Harnröhre gelassen. Am 3. Febr. d. J. schloss ich während der klinischen Stunde diese minime Fistel durch eine Catgutnaht. An die mit 2 Messerzügen angefrischte Stelle kam nichts als ein feines Häkchen zum Fixiren des Wundrandes. Dieses, sowie die Nadeln, hatten stundenlang vor der Operation in 5 % iger Carbolsäure gelegen.

Am 12. Tage p. Oper. bekam die Kranke Schüttelfrost und dann fortwährendes Fieber, Metastasen, pyämische Parotitis und starb am 24. März. Die Section wies überzeugend nach, dass es sich um eine frische Infection vom Becken aus handelte. Die Eingangsöffnung für das septische Gift konnte aber nur die kleine Anfrischung gewesen

sein und als Träger des Giftes war mit grösserer Wahrscheinlichkeit der Catgut anzusehen, als Messer, Häckchen und Nadel, die vorher in Carbolsäure gelegen hatten. Diese Vermuthung stieg bei mir bis zur festen Ueberzeugung, als ich kurze Zeit darauf in einem Referat eine ähnliche Mittheilung las. In einem ausländischen Hospital hatte eine leicht verlaufene Ovariotomie durch septische Infection ein letales Ende genommen, trotzdem alle antiseptischen Vorsichtsmassregeln angewendet worden waren. Es gab dies die Veranlassung nachträglich den verwendeten Catgut mikroskopisch zu untersuchen und dabei fand man in diesem Bacterien. Um nun bei einer Ovariotomie, die ich am 4. Mai ausführte, nach jeder Richtung Vorsicht zu üben, ersuchte ich einen Assistenten der Klinik den zu verwendenden Catgut mikroskopisch zu untersuchen. Es wurden kleine Stückchen der Rollen abgeschnitten und in dem Carbolöl, das zur Aufbewahrung gedient hatte, zerzupft. In zwei Präparaten war derselbe Befund, dass zwischen den Catgutlamellen eine Unzahl von mikroskopischen Unholden wimmelte.

Dies genügte freilich, den Catgut zu vernichten und nur solchen frisch bezogenen zu verwenden, der sich unter dem Mikroskop als unverfänglich erwiesen hatte. Die Operirte, die davon in die Bauchhöhle hinein gelegt bekam, ist auch ohne eine Stunde Fieber oder Schmerzen etc. zu haben, genesen, also auch durch diesen Verlauf die Reinheit des verwendeten Präparates experimentell bestätigt worden. Hätten wir ahnungslos den zuerst zurecht gemachten Catgut angewendet, so wäre die betreffende Pat. mit der allergrössten Wahrscheinlichkeit jetzt schon im Grab.

Ob nun das Catgutfläschchen voran schon entkorkt worden sei oder nicht, hat gar keine besondere Bedeutung, denn immerhin ist die Zersetzung in der ursprünglichen Füllung des Fläschchens zu Stande gekommen, welche man bis jetzt als durchaus sichernd betrachtet hatte. Möglich ist die Verderbniss des Catgut innerhalb des Fläschchens schon, wenn man bedenkt, dass bei längerem Stehen, namentlich in geheizten Zimmern, das Carbol verdampfen kann. Diese Möglichkeit mag ich auch eher annehmen, als die andere, dass übelriechende, schlecht gewordene Schafdärme zur Fabrikation genommen worden seien.

Solche Erfahrungen werden natürlich der Verwendbarkeit des Catgut erheblich Eintrag thun, da sie es fast unerlässlich erscheinen lassen, vor jeder Operation die Catgutrolle mikroskopisch zu untersuchen, um vor deren Unschädlichkeit sicher zu sein.

III. Neue Beiträge zur Abnabelungstheorie.

Vorläufige Mittheilung

von

Dr. **Adrian Schücking** in Harzburg.

Es war gegen Ende des Jahres 1876, als ich das erste Resultat meiner knapp bemessenen Mussestunden als geburtshülflicher Assistent unter dem Titel »Zur Physiologie der Nachgeburtsperiode« in der Berliner klin. Wochenschrift veröffentlichte. Es handelte sich um eine Angelegenheit, über die in Folge jener meiner Publication nun mittlerweile eine ganze kleine Literatur erschienen ist, um die Entdeckung eines physiologischen Paradigmas der Transfusion. Ich hatte damals die Freude, durch meine Untersuchungen, die von einem französischen Forscher Budin aufgestellte, aber durch höchst unzureichende Gründe gestützte, und von einer falschen Prämisse ausgehende Hypothese vom »Reserveblut« zu einer nicht abzuleugnenden Thatsache zu machen, und diese Thatsache auf einer neuen Basis zu begründen und zu erweitern. Ich spreche von dem bis dahin unbekannten physiologischen Vorgang, durch den dem Neugeborenen der Blutgehalt des Fötalantheils der Placenta keineswegs verloren geht, sondern sogleich nach der Entbindung durch den auf der Placenta lastenden intrauterinen Druck auf dem Wege der Nabelvene mit auf den Lebensweg gegeben wird. Dieses aus der Placenta übertragene Blutquantum, dessen Menge ziemlich schwankend ist, beträgt nach Welcker'scher Angabe der Blutmenge unter $^1/_3$ bis $^1/_2$ des Gesammtkörperbluts des Neugeborenen. Von Auspressungen der Placenta, wie sie Budin vorgenommen hatte, glaubte ich keine Notiz nehmen zu dürfen, da der Blutgehalt des Fötalantheils der Placenta durch keine der bekannten Methoden scharf von dem Blutgehalt des mütterlichen Antheils der Placenta zu trennen ist. Zweifel kam leider bei der Prüfung dieser Frage auf die Untersuchung der Placenta zurück, ebenso Wiener, beide konnten daher auch nur zu Resultaten gegelangen, deren Werth ein immerhin zweifelhafter ist. — Um Wiederholungen zu vermeiden, muss ich in Betreff meiner Beweisführung auf No. 1, 1877 der Berliner klin. Wochenschrift und auf das bezügliche Referat im Centrabl. für Gynäkol. verweisen. Ich will hier nur kurz zur Orientirung bemerken, dass meine Behauptungen sich auf das Resultat directer Wägungen des noch nicht abgenabelten Neugeborenen post partum (unter strenger Beobachtung aller Cautelen), auf Messungen des Drucks in der Nabelvene mittelst eines Quecksilbermanometers (die in der Wehenpause 40—60 mm, während der Wehen 100 mm und darüber ergaben) und einer Reihe ad hoc angestellter Experimente stützte. Auch die Budin'sche Annahme einer Uebertragung der betreffenden Blutmenge durch Aspiration musste hiernach als irrig fallen gelassen werden. Ich suchte ferner in jenem Aufsatz die practischen Consequenzen dieser Entdeckung für die Behandlung der Asphyxie der Neugeborenen und für die Beurthei-

lung der Gewichtsveränderungen der Neugeborenen während der ersten Lebenstage zu ziehen.

Eine Frage, die ich damals nur andeutete, war ich bald darauf in der Lage ausführlicher bearbeiten zu können. Die durch alle Lehrbücher der Physiologie (auch die neuesten, vergleiche Landois, Lehrbuch der Physiologie 1879, p. 69) laufende Angabe Welcker's, dass die Blutmenge des Neugeborenen $^1/_{19}$ des Körpergewichts betrage, — während er dieses Verhältniss beim Erwachsenen auf $^1/_{13}$ feststellte, veranlasste mich diese Bestimmung, die sich nur auf das Resultat einer Untersuchung stützt, einer nochmaligen Prüfung zu unterwerfen.

Meine Untersuchungen erstreckten sich auf fünf Kindesleichen, alle in denkbar frischestem Zustand.

Körpergewicht des Kindes.	Gesammtblutmenge.	Gewichtsverhältniss.	Mittel.
Nach mehreren Minuten abgenabelt.			
I. 4295 g	604	$= ^1/_7$	$^1/_9$
II. 3320 »	309	$= ^1/_{11}$	
III. 3780 »	307	$= ^1/_{10}$	
Sofort abgenabelt.			
IV. 3197 g	215	$= ^1/_{14}$	$^1/_{15}$
V. 3208 »	198	$= ^1/_{16}$	

Ich will nun kurz bemerken, dass ich bei den bezüglichen Untersuchungen nach der Welcker'schen Methode verfuhr, allerdings mit einer Modification, die ich für eine höchst annehmbare halte. Ich hielt es für einen Nachtheil der Welcker'schen Methode, dass durch das Zerhacken des Körpers die Waschflüssigkeit durch die mit fortgeschwemmten Gewebstheilchen mehr oder minder getrübt wird, und die Vergleiche mit dem Hämatinometer durch diesen Umstand eine nicht zu eliminirende Fehlerquelle erhalten. Ich beschränkte mich daher allein darauf, die Blutgefässe und Capillaren durch eine 0,6 procentige Kochsalzlösung von einem Druckgefäss her, unter einem ziemlich starken Druck, auszuspülen. Es gelingt auf diese Weise, wenn es sich um frische Leichen handelt, sämmtliches Blut, bis auf eine minimale Quantität an einzelnen Puncten, z. B. in den Hirnsinus auszuwaschen. Diese Erfahrung wurde auch bereits wiederholt von physiologischer Seite gemacht. Wollte man mir aus dieser Modification etwa eine Fehlerquelle nachweisen, so würde dieselbe immerhin nur zu Gunsten und nicht gegen meine Theorie sprechen können. Ueber die näheren Details der Untersuchung, bei denen ich mich des gütigen Beistandes der Herren Dr. Marchand zu erfreuen hatte, zu berichten, behalte ich mir für eine ausführlichere Mittheilung vor. Kurz zusammengefasst lautet nun das Resultat folgendermassen: 1) Die Blutmenge der Neugeborenen erweist sich als eine variable. 2) Die grössten Differenzen im Gewicht stellen sich zwischen dem Blut der sofort und dem der später abgenabelten Neugeborenen heraus. 3) Die Blutmenge der sofort Abgenabelten beträgt im Mittel $^1/_{15}$, der später Abgenabelten $^1/_9$ des Körpergewichts. 4) Die Blutmenge der

Neugeborenen wächst bei steigendem Körpergewicht nicht nur relativ, sondern auch absolut. Ich würde dieses auffallende Resultat schon früher veröffentlicht haben, wenn ich nicht bisher immer gehofft hätte, Gelegenheit zu weiteren Untersuchungen über diesen Gegenstand zu erhalten, — eine Hoffnung, die sich jedoch nicht erfüllen sollte. Ein Theil meiner Notizen war ausserdem, während meines Aufenthalts in Bulgarien in die Hände des Preobraschenski'schen Regiments gefallen. Bei meiner ersten oben citirten Veröffentlichung war ich unbefangen genug zu glauben, dass bei einer wissenschaftlichen Opposition jedes Mal auch eine ausreichende Kenntniss der zu bekämpfenden gegnerischen Arbeit vorauszusetzen sei; mit Ausnahme der Arbeiten von Zweifel, Hofmeier, Ribemont, deren Resultate, wenn sie auch thatsächlich wenig Neues enthielten, als Bestätigung meiner Angaben höchst werthvoll waren, zeigten mir Beiträge wie der von Herrn Physicus Friedländer, L. Meyer in Copenhagen und Anderen, dass dies eben aufgestellte Postulat nicht überall rückhaltsloser Anerkennung sich erfreuen darf. Die Arbeit des Herrn Physicus Friedländer habe ich ihrer Zeit nicht beantwortet, — ihr Inhalt schützte sie vor Missdeutungen, es machte den Eindruck, als ob F. einige ihm lieb und werth gewordene persönliche Erfahrungen durch die Art und Weise seiner Darstellung vor wissenschaftlicher Klarlegung schützen wolle. Ganz anders L. Meyer. Die straffe, an der Hand einer Zahlentabelle einherschreitende Beweisführung seines Aufsatzes lässt scheinbar keinen Widerspruch aufkommen. Nun könnte allerdings der Nachweis unschwer beizubringen sein, dass es kaum empfehlenswerth ist, die Kinder in Bausch und Bogen zu wiegen, um über ihre, wie früher Welcker angab, $^1/_{19}$ des Körpergewichts betragenden Blutmengen in exacter Weise Aufschluss zu erhalten. Unsere Physiologen werden diese Wägungen vielleicht zu leicht befinden. Diese Tabelle stellt jedoch den ernsten Versuch einer wissenschaftlichen Beweisführung dar, und über die Richtigkeit derartiger Beweisführung lässt sich ja streiten. Am Schluss seines Aufsatzes hält es jedoch Meyer für angemessen, sich der Debatte dadurch gänzlich zu entziehen, dass er dem durch mühsam herbeigetragenes Beweismaterial einer Reihe Autoren errichteten Lehrgebäude kurz entschlossen den Rücken wendet, indem nach seiner Ueberzeugung einfach die spät abgenabelten Kinder keinen nennenswerthen Zuwachs von Blut bekommen.

Beweis? Herrn Meyer's Ueberzeugung.

Zur Arbeit Wiener's muss ich zunächst bemerken, dass es meiner Ansicht nach nicht gut möglich ist, die Placenta durch Abwaschen ganz vom mütterlichen Blut zu befreien. Ferner hat Wiener die Nabelvene vielleicht nicht früh genug comprimirt, die grösste Quantität des übertragenen Bluts wird eben während der ersten Secunden post partum übertragen — ohne Rücksicht darauf, ob das Kind respirirt oder nicht. Die Respiration schafft durch Eröffnung des kleinen Kreislaufs nur einen ausreichenden Platz für das über-

strömende Blut. — Die Blutdruckmessungen in der Nabelvene geben den schlagendsten Beweis für die Uebertragung des Reservebluts durch den intrauterinen Druck.

---

1. **H. Hildebrandt** (Königsberg). Bericht über die Ereignisse in der Königl. Gynäkologischen Universitäts-Klinik zu Königsberg vom 1. Nov. 1874 bis zum 1. Nov. 1877.

Königsberg i/Pr., **Hartung'**sche Buchdruckerei, 1879. 108 Seiten.

Der Bericht ist sehr ausführlich und genau, aber doch auch übersichtlich und interessant ausgearbeitet von den Assistenz-Aerzten der Klinik, den Dr. Dr. Münster, Berthold und Dahlmann.

I. Bericht über die geburtshülflich-klinische Abtheilung:

Es kamen 1315 Entbindungen vor, davon 21 Zwillingsgeburten. Während der Schwangerschaft wurden aufgenommen 617, als Kreissende 698, 739 waren Erstgebärende.

Von den 1315 zur Entbindung Aufgenommenen starben 19 = 1,4 % und zwar unentbunden 3 (2 an Eklampsie), an Verblutung 1, an Eklampsie (7 starben post partum) 1, an Uterusruptur 1; 12 an Puerperalfieber; 1 Wöchnerin an croupöser Pneumonie.

Es wurden geboren 698 Knaben und 634 Mädchen = 1334 Kinder; davon waren todt 64 (26 faultodt), 1270 wurden lebend geboren, es starben noch davon 31 in der Klinik.

Das Durchschnittsgewicht von 800 ausgetragenen Kindern betrug 3198 g, das schwerste wog 5750 g.

Nabelschnurumschlingungen kamen 172 Mal vor (12,9 %), Verletzungen der Genitalien in 109 Fällen — 2 Mal Ruptura uteri (1 genesen), 105 Dammrupturen, 1 Mal Ruptur des lab. majus, 1 Mal Abquetschung der vorderen Muttermundslippe durch den Cranioklast.

Enge Becken wurden 66 entdeckt — 26 rhachitische, 28 platte, 9 allgemein verengte, 2 im Ausgang verengte, 1 allgemein verengtes plattes.

Eklampsie in 5 Fällen, davon endigten lethal 4, 2 ante partum.

In 118 Fällen (8,9 % wurden 154 geburtshülfliche Operationen ausgeführt; darunter

2 Mal Sectio caesarea in mortua (beide Kinder todt), 5 Mal Perforation (4 Mal mit nachfolgendem Kranioklasma), 39 Mal Extraction, 33 Mal Forceps, 12 Mal Wendung auf den Fuss, 4 Mal künstliche Frühgeburt, 9 Mal Incisionen des Muttermunds, 5 Mal Lösung der Placenta.

Puerperalerkrankungen wurden in 167 Fällen beobachtet.

II. Bericht über die geburtshülfliche Poliklinik:

Es kamen in Behandlung 501 pathologische Fälle. Davon waren 73 Aborte. Von Operationen wurden ausgeführt: 2 Kaiserschnitte an der Todten (beide Kinder todt), 8 Perforationen (5 Mal mit nachfolgendem Kranioklasma), 123 Zangen (nur 2 Mal an dem

hochstehenden Kopf) 84 Wendungen (davon 5 auf den Kopf; von den 84 Kindern wurden 66 lebend geboren), 56 Extractionen, 10 Mal Reposition der Nabelschnur, 3 Mal Reposition des Arms, 29 Mal Lösung der Placenta, 6 Mal des Chorion, 26 Mal Incisionen des Muttermunds, 11 Mal Einlegen einer Bougie.

Beckenenge wurde in 35 Fällen diagnosticirt. Eklampsie kam 15 Mal vor, 6 Mütter und 3 Kinder starben; die Behandlung wurde in 7 Fällen durch einen reichlichen Aderlass eingeleitet.

Placenta praevia 17 Mal, 9 Mal centraler, 8 lateraler Sitz; es starben 2 Mütter; bei 2 Müttern wurde die Transfusion gemacht (eine starb während der Operation, die andere genas).

Von den 501 Wöchnerinnen starben 21; 9 an Puerperalfieber, 6 an Eklampsie, 2 an Verblutung gleich post partum.

III. Gynäkologische Klinik: 430 Fälle;

darunter 5 Carcinome der Vulva, 2 Mal Uterus duplex, beide mit einseitiger Hämatometra. 4 Carcinome der Vagina, 28 Urinfisteln, davon wurden 21 geheilt, 5 ungeheilt entlassen, 2 verweigerten die Operation. 2 waren durch Zwank'sche Pessarien, die übrigen im Anschluss an eine Geburt entstanden. 7 Blasenscheidenfisteln wurden durch die quere Obliteration geheilt. Zum Nähen wurde Eisendraht benutzt und die Nähte zwischen 5. und 8. Tage entfernt.

Inversio uteri totalis 2 Mal; die eine nach manueller Lösung der Placenta durch die Hebamme entstanden, die andere durch ein Fibrom des Fundus veranlasst.

Im ersteren Falle waren die manuellen Repositionsversuche und die Colpeuryse ohne Erfolg; wegen der starken Blutungen wurde deshalb der Uterus mit dem Drahtecraseur erfolgreich abgetragen.

Hämatocele retrouterina wurde bei 11 Frauen beobachtet. In einem Falle war die Ursache Graviditas extrauterina. Die Frau starb am 2. Tage (der Fall ist ausführlich mitgetheilt).

Ovarientumoren kamen 37 vor: 3 Fibrome, 7 Carcinome, 27 Kystome (darunter eine Dermoidcyste und 2 Colloidgeschwülste). 8 Kystome wurden pungirt, (1 Mal vom Rectum aus), 2 Mal mit lethalem Exitus am 2. und 9. Tage.

12 Kystome und 1 Fibrom wurden durch die Ovariotomie entfernt — die Fälle sind ausführlicher mitgetheilt. In 4 Fällen trat exitus lethalis ein; die 6 ersten wurden ohne, die 7 anderen mit Lister operirt. Der Stiel wurde stets mit Seide unterbunden und versenkt. In der Mehrzahl der Fälle wurde der Douglas'sche Raum drainirt.

In der gynäkologischen Poliklinik stellten sich in dem erwähnten Zeitraume 1411 Kranke vor. Das gesammte Beobachtungs- und Lehrmaterial betrug mithin im Ganzen 3506 Fälle.

Schwarz (Halle a/S.).

2. **O. Spiegelberg.** Pathologische Mittheilungen.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 2.)

I. Zur diagnostischen Punction. Die abdominellen Cysten mit dünnflüssigem, serösen Inhalte.

Nach den Erfahrungen Sp.'s kommen Ovariencysten mit einem Inhalte, welcher im Allgemeinen als für Parovarialcysten charakteristisch gehalten wird — ein an Eiweisskörpern und geformten Elementen höchst armer, neutraler und specifisch sehr leichter Inhalt — relativ häufig vor und besonders häufig sah er einzelne Cysten multiloculärer Geschwülste mit dünnem neutralen Inhalte erfüllt, neben anderen mit der specifisch ovariellen Flüssigkeit. Für die Entstehung solchen Inhaltes giebt er folgende Erklärung:

Bekanntlich enthalten ältere Retentionscysten an Stelle des ursprünglichen, eigenartigen Secretes, nur eine sehr wässerige, eiweissarme Flüssigkeit und zwar ist diese Verwandlung des Cysteninhalts eine Folge des abnorm erhöhten Secretdrucks und dadurch bedingter Functionsunfähigkeit des auskleidenden Epithelrohrs. Bei den Eierstockscysten liegen nun zwar anfangs die Verhältnisse ganz anders, da deren Wandung nicht passiv durch das Secret ausgedehnt wird, sondern selbständig mitwächst, ein Missverhältniss zwischen Secretdruck und Ausdehnung der Wand und dadurch bedingte Functionshemmung der Epithelien also nicht vorhanden ist.

Sobald dagegen das excentrische Wachsthum der Cystenwand aufhört, ist die Sachlage genau dieselbe wie bei den Retentionscysten. Der Secretdruck dehnt die Wand passiv, plattet die Epithelien ab und macht sie functionslos. An die Stelle des specifischen Secrets tritt allmälig eine Flüssigkeit, die als einfaches Transsudat anzusehen ist. »Demnach sind Cysten mit sehr dünnflüssigem, serösen Inhalte anzusehen als solche, deren Wachsthum und Production zum Stillstande gekommen sind«; man soll sie deshalb nur dann exstirpiren, wenn sie sich nach der vollständigen Entleerung durch die Punction wieder füllen.

II. Sarcoma colli uteri hydropicum papillare mit 3 Abbildungen.

Bei einem 17jährigen Mädchen fand sich vom Rande und der Innenfläche der vorderen Muttermundslippe ausgehend ein Büschel von 1—2 cm langen, ovalen braungelben, wie Cystchen durchscheinenden Auswüchsen, welche bei Berührung leicht zerdrückt wurden und etwas klebrige Flüssigkeit entleerten. Entfernung im Gesunden. Nach $^3/_4$ Jahren Recidiv — über hühnereigrosses Convolut kurzgestielter zusammenhängender leicht blutender Blasen, die von der vorderen Cervicalwand ausgingen und sich ganz wie myxomatöse Chorionzotten ausnahmen. Diese gallertig blasigen Gebilde hatten eine bernsteingelbe, zum Theil graugrünliche Farbe, keine sichtbaren Blutgefässe und collabirten beim Anstechen; doch waren sie nicht eigentlich hohl, sondern es fand sich in ihnen ein Netz grosser, spindelförmiger und verzweigter Zellen mit bläschenförmigem Kerne, zwischen diesen Zellen zahlreiche, mit lymphatischer Flüssigkeit erfüllte und

von feinen Fäden durchzogene Hohlräume. Die Oberfläche war mit Cylinderepithel bedeckt.

Nach wiederholter Entfernung von Recidiven wurde die Totalexstirpation des Uterus durch Freund vorgenommen. Der Sectionsbefund ist von Bruntzel in diesem Heft mitgetheilt.

Schwarz (Halle a/S.).

---

3. **C. Liebman** (Triest). Ueber die Perforation der Uteruswände mittelst der Sonde (deutsch von D. S. Hahn, Badearzt in Elster).

Berlin, **Denicken's** Verlag.

Verf. hat 2 Fälle beobachtet, in denen er mit der Sonde das Uterusparenchym, ohne jeden Schaden der Patientin und ohne jede Kraftanwendung zufällig durchstossen hat. Die erste Pat. hatte geboren, war ganz gesund, 4 Mal wurde die Sonde durch den Fundus uteri bis zum Nabel geführt, man fühlte einen geringen Widerstand beim Durchstossen des Fundus, etwas weniges Blut ging ab. Pat. blieb völlig gesund. Der zweite Fall betraf eine Nullipara, es wurde die Sonde unter lebhafter Schmerzempfindung durch den Fundus geschoben. Das Hypogastrium etwas druckempfindlich. Temperatur 38,9°, schon am anderen Tage völlige Euphorie.

Diese Fälle veranlassten den Verf. zu einer Reihe interessanter Experimente an 100 Frauenleichen. Verf. verwerthet seine Resultate sehr vorsichtig und zurückhaltend, um so wichtiger sind uns die Ergebnisse der Untersuchung. In 23 Fällen sehr leichte Perforation des Uterus, der nicht etwa durch Fäulniss erweicht ist. In 42 Fällen leichte Perforation; sind auch unter dieser wie in der ersten Colonne die Frauen mit Phthise verzeichnet, so ist zu berücksichtigen, dass im Spital des Verf.'s Phthise die häufigste Todesursache ist. Die Fälle von schwerer oder sehr schwerer Perforation betrafen zum grossen Theil Frauen, die schon geboren hatten. 78 Mal wurde der Fundus uteri und zwar in der Nähe der Tube durchbohrt, 15 Mal die vordere oder hintere Wand, einmal die vordere Wand dicht über dem Orific. int. In 6 Fällen die hintere Wand.

Hierauf giebt Verf. ein sehr vollständiges Resumé über die Literatur des Themas. Die Ansicht vom Catheterisiren der Tuben verwirft er völlig. Ausser der Annahme einer individuellen Zerreisslichkeit der Uteruswandung durch locale Krankheitsprocesse oder durch puerperale Subinvolution, führt Verf. noch 2 Factoren an. 1) Verschiedene Alterationen des Uterus, bedingt durch den Allgemeinzustand des Individuums. 2) Die verminderte Beweglichkeit des Uterus in Folge periuteriner Affectionen. Ad I werden genannt Atrophie, Tuberkulose des Uterus, Carcinoma corporis, Myome, bei denen ein Theil höchst atrophisch oder auch ödematös sein kann. Ad II Consumtionskrankheiten, Marasmus senilis, vorzeitige Atrophie in Folge protrahirten Säugens Tuberkulose, Circulationsstörungen bei Herzfeblern. Hier entspricht der Uterus ungefähr dem Scanzoni'schen ersten Sta-

dium der Metritis. Besonders praktisch wichtig ist die Leichtigkeit, mit der schwer oder nicht bewegliche uteri durchbohrt werden. Bei der noch vielfach üblichen Methode, den Uterus mit der Sonde aufzurichten, resp. seine Aufrichtbarkeit mit der Sonde zu prüfen, kann der Uterus, falls er dazu prädisponirt ist, leicht durchbohrt werden. Mit Recht äussert Verf. den Verdacht, dass Fälle von schweren Zufällen oder sogar tödtliche Peritonitis nach der Sondirung auf nicht diagnosticirte Durchbohrungen zurückzuführen sind.

Die vielen Details des gehaltvollen Schriftchens können wir nicht alle wiedergeben, empfehlen jedoch jedem Fachmann die Lectüre aufs angelegentlichste. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

4. **Budin** (Paris). Bericht über den geburtshülflichen Unterricht im Ausland, erstattet dem Minister des öffentlichen Unterrichts.

(Journ. officiel 1879. April 10.)

Der auch in Deutschland allgemein bekannte und hochgeschätzte Verf. legt in einem kurzen Rapport seine Beobachtungen nieder. In allen Ländern scheidet sich der geburtshülfliche Unterricht in den theoretischen und praktischen. In England, der Schweiz, Oesterreich, Deutschland und Ungarn wird die Theorie der Geburtshülfe in einem Semester, in Holland, Löwen und Petersburg in einem Jahr absolvirt. Ueberall wird sowohl Theorie der Geburtshülfe gelesen als auch am Phantom operirt. Nur in Wien kann Dank dem grossen Material am Cadaver operirt werden. Der praktische Unterricht am Gebärbett steht aller Orten obenan, dies beweist schon, dass man die Zulassung zum Examen von Leitung einer bestimmten Anzahl Geburten abhängig macht, 2 in Ungarn, 4 in Deutschland, 4—30 in England, je nach dem zu erreichenden Grad, 10 in Helsingfors etc. In Holland müssen die Studenten nicht nur 10 normalen Geburten assistirt haben, sondern auch 2 schweren Geburten.

Der Umstand, dass jede Geburt, wegen der immerhin nicht grossen zu Gebote stehenden Anzahl, zum Unterricht benutzt werden muss, macht ein grosses Personal und eine grosse fortwährende Anstrengung des Personals nöthig.

Hierauf erklärt Budin mit Recht die Angst vor Todesfällen durch Häufung der Geburten in Anstalten für einen überwundenen Standpunkt. Dank den modernen Massregeln gelingt es überall, die Mortalität auf ein Minimum zu beschränken.

Die Studirenden beobachten Geburten in den Anstalten, wo ein Warteraum für sie besteht, so in Wien, Halle, Zürich, Moskau, Helsingfors, Dublin, Amsterdam etc.

In Prag, Dresden und Bern können die Studirenden im Hospital selbst wohnen. In Copenhagen und Stockholm müssen die Studirenden eine Zeit lang im Hospital wohnen. In ersterer Universität wohnen stets 7 Studenten 6 Wochen lang, in Stockholm 12 Studenten 3 Monate in der Maternité.

Was die Entbindungen in der Stadt anbetrifft, so ist dies System am meisten durchgeführt in London. Jede Frau, die gratis entbunden zu werden wünscht, lässt sich einschreiben, ein Student wird für sie bestimmt, derselbe, beim Eintritt der Geburt gerufen, leitet dieselbe. Die Londoner Autoritäten selbst sind nicht mehr mit diesem System einverstanden, erstens lernen die Studirenden vor lauter Angst und Aufregung Nichts und zweitens hat die neue Zeit gezeigt, dass die Inconvenienzen der Maternité ganz unwichtig sind. In Halle, Leyden und Helsingfors hat man neue Institute erbaut, und man fordert dasselbe in London, wie es auch in Edinburg geschehen ist. Hier müssen die Studirenden 6 Geburten leiten, 2 in der Maternité, die 4 andern in der Stadt.

Hierauf bespricht Verf. die Polikliniken (nicht Polykliniken Ref.) in Berlin, Halle, Königsberg, Leipzig, Bern etc. Auch in Leyden und Löwen ist man mit der Einrichtung der Polikliniken vorgegangen. Der Verf. hat nur theilweise Recht, wenn er angiebt, dass auch hier der grösste Theil der Entbindungen normale sind. Im Gegentheil wird meistens die Hülfe nur bei anormalen Entbindungen in Anspruch genommen. Die Polikliniken erfreuen sich gerade deshalb einer grossen Blüthe, weil hier Hülfe und fernere unentgeltliche Behandlung zu jeder Stunde sofort zu haben ist. In den meisten Polikliniken sind die normalen Geburten in der Minderheit.

Zum Schluss kommt Verf. auf die Hebammen, deren Ausbildung fast überall eine höchst mangelhafte ist. In der Schweiz, in Deutschland und Oesterreich verweilen die Hebammen nur 5 Monate im Hospital, in Ungarn 6 Monate, in Copenhagen 9 und in Stockholm 12 Monate.

Musteranstalten dagegen findet man in St. Petersburg und Moskau, hier dauert die Lernzeit 2 Jahre. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

5. **O. Küstner** (Jena). Nachtrag zu der Abhandlung »Die Lösung der mütterlichen Eihäute vor und bei der rechtzeitigen Geburt«.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XIII. Hft. 3.)
(Archiv für Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 2.)

Am Schlusse der genannten Arbeit sprach K. die Ueberzeugung aus, dass im Uterus zurückgebliebene Deciduareste bei der septischen Erkrankung einer Wöchnerin sehr wohl eine veranlassende Rolle spielen könnten, doch nur unter der Bedingung, dass sie vorher selbst inficirt sein müssten, dass sie also eigentlich nur die Vermittelung der Sepsis übernähmen. Bei strenger antiseptischer Prophylaxe erachtete er indess diese Gefahr für minimal und hielt eine intrauterine Irrigation, durch welche die zurückgebliebenen Deciduareste, wenn sie gelöst wären, herausgespült würden, für ausreichend. Durch einen während des Druckes dieser Arbeit beobachteten Fall von Puerperalpyämie ist seine Ansicht wesentlich modificirt worden.

An der Nachgeburt fehlte ein kleines Stück Chorion und ausserdem fast die ganze Decidua. Bereits am 2. Tage waren ausgesprochene Symptome von septischer Infection vorhanden; am 3. Tage wurde ein grosser membranöser Fetzen von aashaft putridem Geruch aus der Scheide und ein noch grösserer aus dem Uterus entfernt. Trotz energischer Localbehandlung bildete sich Pyämie aus, doch genas die Pat.

Die entfernten Fetzen würden ausgebreitet zur Bedeckung eines Octavblattes ausreichen, ihre Dicke schwankt zwischen 1—4 mm, bei der mikroskopischen Untersuchung erwiesen sie sich als blosse Decidua. Die Lösung der kindlichen Eihäute war also bei der Geburt in der compacten Schicht der Decidua erfolgt und der hinfällige Theil der mütterlichen Eihäute ist im Beginn des Wochenbetts losgestossen worden.

Da nun nach den bisherigen Erfahrungen eine streng aseptische Behandlung der inneren Genitalien des Weibes nicht möglich ist, so hält es Verf. für Pflicht des Geburtshelfers, die Nachgeburt nicht nur auf Vollständigkeit der kindlichen, sondern auch der mütterlichen Eihäute zu untersuchen, und grössere zurückgebliebene Reste sofort nach der Geburt, auf solche Weise auch immer, zu entfernen.

Schwarz (Halle a/S.).

---

6. **Runge** (Berlin). Ueber den Einfluss einiger Veränderungen des mütterlichen Bluts und Kreislaufs auf den fötalen Organismus.

(Arch. für experimentelle Pathol. u. Pharmakol. Bd. X.)

Walter hatte seiner Zeit gezeigt, dass man das Blut von Kaninchen durch Zufuhr von verdünnter Salzsäure in den Magen alkaliarm machen könne. Verf. prüfte, auf diese Versuche gestützt, die Frage des Verhaltens des Fötus bei Alkaliarmuth des Mutterbluts. Es ergab sich hierbei, dass bei hohen Graden der Alkalientziehung die Föten stets zu Grunde gingen; das Blut derselben war jedoch immer noch alkalisch, die Section ergab hauptsächlich abnorme Blutfülle der Lungen.

Es kam nun vor allem darauf an, die eigentliche Ursache des Todes bei Alkalientziehung zu finden. Sauerstoffmangel kann hierbei nicht die Ursache sein, wie schon Versuche von Walter dargethan haben.

Nicht unwahrscheinlich konnte die Annahme einer Ueberladung des Bluts mit absorbirter, freier Kohlensäure sein. Brachte man nach geschehener Salzsäurevergiftung Luft längere Zeit in die Bauchhöhle der Versuchsthiere und bestimmte hernach die Kohlensäurespannung derselben, so konnte nicht zweifellos eine Zunahme gefunden werden, jedenfalls war sie äusserst gering, im Vergleich zu den von Sertoli und Verf. an normalen Kaninchen gewonnenen Zahlen.

Weitere Versuche wurden nun unternommen, um das Bild der

reinen Kohlensäurevergiftung zu studiren. Zu diesem Zweck mussten die Kaninchen eine Mischung von 1 Volumen Sauerstoff und 2 Volumen Kohlensäure athmen. Constant war hierbei das Sinken des Blutdrucks und die Abnahme der Athemfrequenz, beides Erscheinungen, die auch bei der Alkalientziehung sich fanden; doch ergaben sich für Zeit des Eintritts und die Art des Sinkens des Blutdrucks, ebenso für die Verlangsamung der Athemfrequenz ganz bedeutende Unterschiede, so dass unmöglich für den Tod bei Kohlensäurevergiftung und den bei Alkalientziehung eine gemeinsame Ursache etwa in der Neutralisation der Alkalien gesucht werden konnte.

Bei der Kohlensäurevergiftung ist die Wirkung eine directe, in dem in die Bauchhöhle eingeführten Gas steigt ihre Menge auf 58 % und mehr. Zufuhr von Natriumcarbonat stellt die mit Säure vergifteten Thiere wieder her. Das Lithiumcarbonat thut nicht dieselben Dienste.

Kohlensäurevergiftung bei trächtigen Thieren ergab, dass Kohlensäure sich in grösserer Menge beim Fötus anhäufen und längere Zeit einwirken muss, ehe es abstirbt.

Es kann daher nach diesen Versuchen das Absterben der Früchte bei Alkaliarmuth des Mutterthieres weder eine Folge der Alkalientziehung beim Fötus, noch eine Zunahme der freien Kohlensäure in seinem Organismus sein.

Nun fand Verf. aber durch andere Experimente, dass nach Herabsetzung des Blutdrucks durch Durchschneiden des Halsmarks die Fötus schon nach 15—30 Minuten zu Grunde gehen. Controlversuche ergaben, dass, wenn man nach Durchschneidung des Halsmarkes den Blutdruck durch elektrische Reizung unterhalb des Schnittes auf normaler Höhe erhält, die Fötus am Leben bleiben.

Hieraus folgt also unwiderleglich, dass plötzliche und starke Herabsetzung des Blutdrucks beim Mutterthier für die Frucht gefährlich ist, und dass dieses Moment das gemeinsame bei der Kohlensäurevergiftung und Alkalientziehung der Mutterthiere ist.

Die praktische Bedeutung dieser experimentellen Ergebnisse des Verf. fällt von selbst in die Augen; es droht also bei uncompensirten Herzfehlern, bei zu starker oder anhaltender Anwendung von Chloroform oder Chloral in Schwangerschaft und Geburt dem Fötus Gefahr.

Bei anhaltender starker Chloroformnarkose fand Verf. bei Kaninchen die Jungen todt, bei rascher Narkose blieben dieselben lebend, wenn auch das Mutterthier starb. Ebenso wirkt Aether auf die Jungen, jedoch ist, um den Druck in gefahrbringender Weise zu erniedrigen, längere Zeit und grössere Dosis nöthig, so dass dasselbe für die geburtshülfliche Praxis dem Chloroform gegenüber Vortheile haben dürfte. **Fehling** (Stuttgart).

---

7. **A. Dorau** (London). Bemerkungen über die völlige intraperitoneale Ligatur des Stiels bei der Ovariotomie.

(Barthol. Hospit. Reports vol. XIV. p. 113.)

Die Untersuchung hat zur Grundlage die Autopsien, die innerhalb 12 Monaten an den im Samaritan Hospital nach der Ovariotomie verstorbenen Frauen vorgenommen wurden. Die Befunde werden ausführlich gegeben. In Hegar's Werke sind 9 Fälle verzeichnet, wo die intraperitoneale Ligatur angewandt wurde, sämmtliche genasen, jedoch wurde der Genesungsprocess durch Abscesse und andere Complicationen längere Zeit aufgehalten. Die Patienten im Samaritan Hospital waren in letzter Zeit ganz frei von dieser Complication. 10 Fälle werden angeführt, in denen der Stiel mit Seide unterbunden in die Bauchhöhle versenkt worden war.

Im Fall 1, wo die Ligatur sehr fest angezogen worden war, war der Stiel congestionirt und in einzelne Theile zerfallen, der Tod war durch Darmverschlingung eingetreten. Fall 2 starb an Septikämie, der Stiel war von einem festen Klumpen bedeckt. Fall 3 starb an Pleuresie; die freie Oberfläche des Stiels war von einem festen Gerinnsel bedeckt und ans Ligamentum latum angelöthet. Im Fall 4 handelte es sich um sarcomatöse Wucherungen über das ganze Peritoneum zerstreut; Blutung aus den Adhäsionen, der Stiel war von einem weichen dunkeln Gerinnsel bedeckt. Im Fall 5 handelte es sich um Pyämie, der Stiel war colloid infiltrirt, sein freier Rand eitrig belegt. Kein Zerfall, auch kein Zeichen von Blutung. In Fall 6 erfolgte der Tod an Bronchitis, der Stumpf an seiner rauhen Fläche vereint. Der 7. Fall, eine Dermoidcyste, starb an Pyämie, durch chronische Nephritis beschleunigt, dieselbe hatte an den Stielvenen ihren Ausgang genommen. Der freie Rand war nicht erweicht. Fall 8 Lues und fettige Degeneration der Nieren; Zustand des Stiels befriedigend. Fall 9 doppelte Ovariotomie, Peritonitis, Pyämie, der Stiel links mit weichen Gerinnseln bedeckt, der rechte an den eignen Stumpf adhärent, eitrig zerfallend. Im Fall 10 wurden beide Ovarien entfernt, Zustand des Stiels befriedigend.

Ein Blutklumpen am Stielende ist demnach der bestmögliche Zustand, er bedeutet, dass die Ligaturen fest genug waren, um ernstliche Blutung zu vermeiden, ohne die Ernährung des Stiels zu stören.

Underhill (Edinburg).

Casuistik.

8. **Kroner** (Breslau). Rasche spontane Reduction veralteter puerperaler Inversion durch die Kolpeuryse.

(Archiv f. Gynäkologie Bd. XLV. Hft. 2.)

43jährige Frau, gleich nach der letzten Geburt vor 14 Monaten soll die Gebärmutter vorgefallen sein und seitdem blutiger und eitriger Ausfluss bestanden haben.

Der invertirte Uterus hat die Grösse eines Hühnereies, liegt in der Scheide, lässt sich aber durch Zug bis vor die Vulva bringen; er geht durch den Muttermund hindurch und schlägt sich 1 cm oberhalb desselben auf die kurze Portio um. Inversionstrichter deutlich, die rechte Tube lässt sich sondiren.

Ohne vorher die manuelle oder instrumentelle Reduction zu versuchen, wurde sofort eine starke, ca. 1/2 Liter Wasser fassende Gummiblase eingelegt. Während der folgenden Nacht viel »Bauchschneiden«. Nach 24 Stunden wurde der Colpeurynter entfernt, die Inversion war vollständig reponirt, die Sonde liess sich durch den weit klaffenden Muttermund 6,7 cm weit einführen. Am 7. Tage wurde Pat. geheilt entlassen. **Schwarz** (Halle a/S.).

9. **W. A. Caskie** (Largs). Frische Uterusinversion.

(Glasg. med. Journ. 1879. April.)

Pat., V para, war von einer Hebamme entbunden worden, welche die Nachgeburt gewaltsam 2 Stunden nach der Geburt des Kindes entfernt hatte. Der Uterus lag in der Vagina, fühlte sich wie ein vollgesogener Schwamm an. Die Cervicalportion wurde zuerst reponirt, darauf ging der Körper zurück, doch wurde kein plötzliches Schnellen oder Stoss verspürt. Die Reduction erfolgte 16 Stunden nach dem Anfall, es erfolgte Genesung. **Underhill** (Edinburg).

10. **G. de Gorrequer Griffith** (London). Hämorrhagie post partum und nicht allgemein bekannte Behandlungmethoden derselben.

(The obstetr. Journ. 1879. Februar. No. 71. p. 704.)

Bei einer profusen Blutung post partum trat so bedeutender Collaps, Ohnmacht, etc. ein, dass sofortiger Tod bevorstand. Gr. presste den Fundus uteri kräftig zusammen — ohne Erfolg; da kam er auf den Gedanken, durch die Bauchdecken hindurch die Aorta mit der Hand zu comprimiren, und die Blutung stand nicht allein, sondern die Ohnmacht hörte auch bald auf. Seitdem verfährt Gr. in ähnlichen Fällen stets so. Nur wenn Fettleibigkeit, Hängebauch oder grosse Schmerzhaftigkeit dies Verfahren unthunlich machen, modificirt er es; und zwar drückt er den Uterus von aussen gegen die Aorta, oder er führt die Hand in den Uterus, von hier aus die Aorta comprimirend, wobei zugleich diese Manipulationen als contrahirender Reiz auf den Uterus einwirken.

Eine andere Methode ist die, die linke Hand in das Rectum weit hinauf einzuführen, die rechte aber aussen auf den Bauch zu legen und nun den Uterus zwischen beiden Händen kräftig zu comprimiren. Auch zu anderen Zwecken empfiehlt er die Einführung einer Hand in das Rectum, z. B. zur Fixation des Kopfes bei der Perforation, wie er denn überhaupt der Meinung ist, dass sie viel häufiger Anwendung finden müsse, als geschieht. **Lühe** (Stralsund).

11. **A. Bidder** (Mannheim). Ein Fall von trichterförmiger Excision des Collum uteri gravidi.

(Deutsche med. Wochenschr. 1879. No. 16.)

36jährige Frau; 7 Mal geboren, seit 2 Jahren Fluor albus, allmälig stärker werdende Menstrualblutungen, in der letzten Zeit übelriechenden Ausfluss aus den Genitalien. Uterus 3—4 Querfinger über der Symphyse zu fühlen.

Vordere Muttermundslippe in einen hühnereigrossen, schwammigen, leicht blutenden Tumor verwandelt, der sich vom Rande der Lippe, diese nach vorn drängend und pilzförmig überragend, in den Cervicalcanal nach oben erstreckt, wobei er flacher wird und sich 2 cm vom inneren Muttermund in die normale Schleimhaut verliert.

Die hintere Lippe ist hypertrophirt und enthält 2 kleine Knoten. Excision beider Lippen nach Hegar. Naht, keine Reaction; keine prima reunio. Nach 14 Tagen Abort; kurz dauerndes Fieber mit fötiden Lochien, dann vollständiges Wohlbefinden, Nachlass der Blutungen.

Nach 3 Wochen ist an der hinteren Lippe noch eine granulirende Stelle, die mit Lapis geätzt wird. Nach weiteren 5 Monaten zeigt sich eine starke Verdick-

ung und Induration des vordern Restes der Cervicalportion, auf der hinteren Lippe immer noch eine wunde Stelle. Von da an tritt das Recidiv rasch auf, 11 Monate nach der Operation Tod.

In der Epikrise erwähnt Verf. zunächst, dass der Abort wohl in keinem directen Zusammenhang mit der Operation gestanden habe. Was die Ausführung der Operation anbetrifft, so war sie hier die einzig mögliche, nur bereut er hinten nicht mehr excidirt zu haben, indem er glaubt, dadurch das Recidiv habe eventuell verhindern zu können.

Schliesslich hält Verf. den vorliegenden Fall zur Freund'schen Operation für geeignet, wobei man allerdings vor die Frage gestellt worden wäre, ob man den graviden Uterus exstirpiren oder erst den künstlichen Abort einleiten wollte.

Schellenberg (Leipzig).

12. E. Dupuy-Walbaum (Saint-Denis). Beitrag zur Geschichte der Hydarthrosis als Complication der Phlegmasia alba dolens.

(Gaz. obstr. 1879. Nr. 7.)

Bei einer 17jährigen Erstgebärenden war die Geburt und die erste Zeit des Wochenbettes (von einer Hebamme geleitet) angeblich normal verlaufen. Am 14. Tage traten Schmerzen und eine leichte Anschwellung des rechten Beines in der Gegend der Malleolen ein. Verf. fand deutliche Phlegmasie. Nach 10 Tagen war die Anschwellung viel stärker, gleichzeitig hatte sich ein beträchtlicher Erguss in das Kniegelenk gebildet. Nach weiteren 8 Tagen wurde das Gelenk schmerzhaft und ebenso wurden es die tibio-tarsal., die Metatarso-phalangeal- und die Phalangeal-Gelenke.

Einen Monat nach der Entwicklung dieser Erscheinungen auf dem rechten Bein, begann das linke ebenfalls zu schwellen, es bildete sich dieselbe Affection aus, ebenso entstand ein Erguss in das Kniegelenk. Die übrigen Gelenke blieben frei. Lange nach allmäliger Abschwellung der Extremitäten blieb die Gelenkaffection, und als Pat. nach 8 Monaten post partum aufstand konnte sie das rechte Knie nicht vollständig strecken.

In der Epikrise schliesst sich Verf. der Ansicht von Ory an, dass zunächst in Folge der Stauung eine Transudation durch die Synovialmembran stattfinde und dass dann diese Flüssigkeit als Reiz wirke, so dass es zuweilen sogar zu einer wirklichen Arthritis kommen könne.

Schellenberg (Leipzig).

13. R. L. Swan (Dublin). Intrauterine Fractur.

(Med. Russ. 1879. Feb. 26.)

Verf. hatte Gelegenheit 9 Fälle von intrauteriner Fractur zu beobachten; nicht während der Geburt, sondern hernach, in Folge der entstandenen Difformität 5 davon betrafen Tibia, einer eine Radiusfractur. Drei Mal wurde dabei Difformität der Zehen derselben Seite beobachtet, in einem anderen Klumphand, Hasenscharte. Alle waren einfache, schon vor der Geburt wieder vereinte Fracturen: In jedem Fall fand sich ein Eindruck in der Haut über der Bruchstelle. Bei den Fällen von Tibiabruch fehlte entweder das untere Ende der Fibula, oder es war in eine Masse mit der Tibia verschmolzen.

Verf. möchte den Ursprung derselben auf Muskelcontraction zurückführen. Nur 1 Mal waren deutliche Spuren von Rachitis vorhanden.

Bei der darauf folgenden Discussion erwähnte Kidd einen Fall, wo bei einem Kind einer syphilitischen Mutter fast jeder Knochen bei der Geburt gebrochen kam; an einzelnen hatte knöcherne Vereinigung stattgefunden.

Underhill (Edinburg).

14. J. M. Duncan (London). Uterusfibroid mit Inversion.

(Bartholom. Hosp. Reports Vol. XIV. p. 97.)

Pat. kam an starken Blutungen leidend ins Spital, mit einem stinkenden Ausfluss. Ein grosses matsches Fibroid ragte in die Vagina herein, sass aber noch an dem invertirten Fundus fest. Wann diese Inversion stattgefunden hatte, liess sich nicht mehr feststellen. Pat. hatte 2 Mal geboren und einige Aborte durch-

gemacht. Der Tumor wurde losgeschält und sofort die Reposition des vergrösserten Uterus versucht, jedoch vergebens.

Nach einer längeren tonisirenden Behandlung gelang dieselbe durch fortgesetzten elastischen Druck, mittelst eines ad hoc construirten Instruments, das 78 Stunden getragen wurde. Sie erholte sich rasch und verliess das Spital nach einem Monat, starb aber 3 Wochen später aus unbekannter Ursache.

Underhill (Edinburg).

15. **W. H. Holmes** (Cork). Ueber die Behandlung der Nachgeburtsblutungen durch Heisswasserinjection.

(Dublin med. Journ. 1878. März. p. 269.)

Diese Methode soll zuerst im Jahre 1875 von Dr. Withwell in San Francisco angewendet worden sein, hernach von Atthill in Dublin. Withwell meint, dass sie absolut gefahrlos sei, und die Blutung stille, nicht durch künstliche Gerinnselbildung, sondern indem sie eine natürliche Contraction des Uterus anrege. Zugleich belebt sie einen erschöpften Pat. und giebt den Muskeln Kraft zu neuer Contraction. H. referirt 3 so behandelte Fälle, von denen zwei sehr schwer waren. Die Temperatur des Wassers ist nicht angegeben.

Underhill (Edinburg).

16. **J. Williams** (London). Fall von Zwillingen mit Vorfall der zweiten Nachgeburt.

(The Lancet 1878. März 8. p. 334.)

Eine 28jährige Vpara befand sich im 7. Monat der Schwangerschaft. Die Blase des ersten Kindes sprang von selbst, während sich dasselbe noch in den Geburtswegen befand, erschien die zweite Blase in der Vulva, gleich einer Cyste mit langem Stiel, der sich nach oben, hinter das erste Kind erstreckte. Die Blase wurde gesprengt und der Fuss des ersten Kindes, der vorlag, herabgezogen. Als der Körper halb geboren war, wurde der Kopf des zweiten im Nacken des ersten gefühlt. Ein Zangenblatt wurde nun über den Kopf des zweiten geschoben, und durch gleichzeitigen Zug an diesem und dem Körper des ersten wurden die beiden Köpfe zugleich geboren. Die Früchte waren je in besonderem Amnion, und hatten getrennte Placenten. Beide waren todt. **Underhill** (Edinburg).

17. **Monckton** (Tunbridge Wells). Eine Serie von fünf regelwidrigen Geburten. — (Brit. med. Journ. 1879. April 5.)

Verf. berichtet rein als Curiosität über folgende fünf ihm als gewöhnlichen praktischen Arzte hinter einander vorgekommene Fälle:

1) Placenta praevia lateralis: Wendung. Kind todt. Mutter gesund.

2) Schulterlage bei einer Ipara: Wendung. Mutter und Kind gesund.

3) Eklampsie: unmittelbar vor der bei Verf. Ankunft schon beendeten Geburt in leichten, im Wochenbette in schweren Anfällen aufgetreten. Chloralhydrat und Bromkalium, in Dosen von 1,25 zweistündlich gegeben, hatten wenig Erfolg. Nach einer subcutanen Injection von Aconitin. sulph. und Morphium trat kein Anfall mehr auf.

4) Anhaltende Wehenschwäche: Verf. entband die Frau leicht mit der nach seinen eigenen Angaben construirten langen geraden Zange.

5) Der fünfte und letzte Fall betraf einen Hydrocephalus bei einer 40jährigen Ipara. Nachdem die schon vorher abgestorbene Frucht punctirt worden, ging unter kräftigen Wehen die Geburt relativ leicht von Statten.

Herdegen (Stuttgart).

18. **Acworth Angus** (Newcastle-upon-Tyne). Fehlgeburt. Blutung. Injection von Eisenchlorid. — (Brit. med. Journ. 1879. März 22.)

Bei einer 40jährigen IXpara, die noch nie abortirt hatte, stellten sich im dritten Schwangerschaftsmonate, nachdem sie schon seit einer Woche, ohne die Sache weiter zu beachten, unbedeutend Blut verloren hatte, während eines Diners plötzlich heftige Schmerzen ein, dabei hatte die Frau das Gefühl, als ob etwas durch die Scheide abgehe. Verf. fand in den Unterröcken einen Foetus aus der 12. Woche, die Placenta und reichlich Blutgerinnsel. Trotz Bettruhe, einer festen Compresse

und Binde sowie Ergotin innerlich wiederholte sich nach einigen Stunden die Blutung, worauf Verf. die Scheide tamponirte. Als die Tampons durch Brechbewegungen ausgestossen wurden und die Frau in Folge erneuten Blutverlustes pulslos dalag, spülte Verf. den Uterus mit einer Lösung von Liquor ferri sesquichlorat. 1 : 4 kaltem Wasser aus, worauf die Blutung sofort stand. Daneben die verschiedensten Analeptica. 18 Stunden später wusch er den Uterus mit lauem Wasser aus. Am vierten Tage erreichte die Temperatur 40,1° C., zwischen der dritten und vierten Woche drohte eine von Verf. coupirte Phlebitis am linken Oberschenkel. Nach 4 Wochen stellte sich die Regel ein und nach 6 Wochen ging die Frau wieder umher. **Herdegen** (Stuttgart).

19. **Wächter** (Ulm). Ein Fall von künstlicher Frühgeburt, eingeleitet vermittelst der heissen Douche.

(Württemb. med. Correspondenzblatt 1879. No. 11.)

Gestützt auf Runge's Experimente (cfr. Centralbl. f. Gynäkol. 1878. No. 11) leitete Verf. bei einer IIpara, welche in Querlagen die beiden ersten Male ein tief asphyktisches und ein todtes Kind geboren hatte, die künstliche Frühgeburt mittelst heisser Douchen von 40° R. ein. Das Becken war platt rhachitisch, C. d. 10,3. Nach ihrer Berechnung stand die Frau im Anfange des zehnten Monates. Die Frucht lag in einer Querlage, die sich durch äussere Handgriffe in eine Beckenendlage verwandeln liess.

Innerhalb 27 Stunden machte Verf. mit dem Irrigator 5 Einspülungen von mit etwas Carbolsäure versetztem, 39—40° R. warmem Wasser von je 20—30 Minuten Dauer direct in die Scheide, deren Temperatur auch auf die Dauer der Frau nicht unangenehm wurde. Unmittelbar nach der zweiten Irrigation traten 2 kräftige Wehen auf, die aber erst nach der vierten Einspülung häufiger und regelmässig wurden. Acht Stunden nach der vierten Douche, 19 Stunden nach Application der ersten war der bei Beginn der Procedur wenig aufgelockerte, für ein Fingerglied einlegbare Scheidentheil verstrichen, der Muttermund markstückgross. 8 Stunden nach der letzten Irrigation war derselbe fünfmarkstückgross und wurde nun die sich vorwölbende Blase gesprengt, ein Bein herabgestreckt und durch leichte Entwicklung des Kindes, die vom Eintritte der ersten Wehen an nun 32 Stunden dauernde Geburt beendigt. Das Kind, Maasse sind keine angegeben, entsprach der berechneten Schwangerschaftszeit, starb aber nach 48 Stunden an Convulsionen. Die Mutter machte ein normales Wochenbett durch.

Die verhältnissmässig lange Dauer der Geburt setzt Verf. auf Rechnung der derben, von den früheren Entbindungen her narbendurchzogenen Vaginalportion und der durch Zeit und Umstände gebotenen seltenen Wiederholung der Injectionen. **Herdegen** (Stuttgart).

20. **F. Weber** (Petersburg). Beitrag zu den soliden Eierstocksgeschwülsten. — (Petersb. med. Wochenschrift 1878. No. 37, 38, 39, 41.)

Der Arbeit dienen als Grundlage 15 Fälle von Ovarialtumoren, welche im Jahre 1863 im Obuchow'schen Hospitale zur Beobachtung kamen; davon waren 4 Fibrome, 6 Carcinome und Cystocarcinome, 5 Kystome. Bei den Fibromen fehlt zur Bestätigung der Diagnose die Section, bei den Carcinomen ist sie zwar vorhanden, doch fehlt hier meist die mikroskopische Untersuchung.

Verf. spricht auf Grund seiner Erfahrungen die Ansicht aus, dass die soliden Eierstocksgeschwülste annähernd eben so häufig sind wie die cystischen, dass sie aber aus verschiedenen Gründen dem Kliniker seltner zur Beobachtung kommen. **Schwarz** (Halle a/S.).

Berichtigung.

In No. 11, Ref. 23, p. 285, Zeile 13 v. u. muss es heissen: »Der Schüttelfrost war sicherlich nicht durch eingeimpfte septische Keime durch die Hände der untersuchenden Studenten, sondern durch putride Intoxication, d. h. durch Eintritt von Luft in den Uterus und darauf folgende Zersetzung derselben eingetreten«.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Dritter Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 15 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 13. **Sonnabend, den 21. Juni.** **1879.**

I. Pilocarpin bei zwei Fällen von Eklampsie.

Von

Dr. **Justus Schramm,**

Oberarzt der gynäkolog. Abtheilung und Poliklinik im Carolahause zu Dresden.

Jeder Beitrag, der die günstige Wirkung des Pilocarpins bei Eklampsie von Neuem constatirt, dürfte den Fachcollegen erwünscht sein, besonders, wenn dieser die Mittheilung einer reinen Beobachtung enthält, deren Zahl in der Literatur bis jetzt noch vereinzelt dasteht (Prochownick). Nur eine grössere Reihe zusammengestellter, ausschliesslich mit Pilocarpin behandelter Fälle, wird künftighin ein endgültiges Urtheil über den Werth dieses Mittels bei ge-

nannter Affection erlauben können. Aus diesem Grunde möchte ich die folgenden Beobachtungen, von denen die erste in jene Kategorie gehört, der Veröffentlichung nicht entziehen.

I. Therese Beyer, 23 Jahr alt, Dienstmagd, I gr., wurde am 4. März d. J. in die gynäkologische Abtheilung aufgenommen. Seit ihrem 17. Lebensjahr bleichsüchtig, war sie doch von da an stets regelmässig menstruirt. Letzte Periode im August 1878. Die Gravidität ist bisher ohne Störung verlaufen. Am 22. Februar will Pat. Anschwellung der Füsse bemerkt haben, die allmälig zunahm und den übrigen Körper derartig ergriff, dass sie am 2. März sich niederlegen musste und seitdem das Bett nicht mehr verlassen konnte. Besondere Beschwerden verursachten ausser der Anschwellung der Füsse die Kurzathmigkeit, das Herzklopfen und die Schmerzen im Schooss. Auch trat einige Male Nasenbluten auf.

Status praesens. Pat. ist klein, von zarter Constitution und sehr blasser Gesichtsfarbe. Das Unterhautzellgewebe in Gesicht, Rumpf und Extremitäten stark ödematös. Temperatur 37,0, Puls 84, Respiration 48. Der schwangere Uterus steht ca. zwei Querfinger breit oberhalb des verstrichenen Nabels und entspricht ungefähr der 30.—32. Woche.

Der Kopf über der Symphyse deutlich fühlbar, Herztöne links, 156 in der Minute. Exploration per vaginam nicht möglich wegen enormen Oedems der Labien und der dadurch verursachten grossen Schmerzen, so dass Pat. nur mit stark gespreizten Beinen regungslos im Bette liegen kann. Urin dunkel, wird in geringer Quantität gelassen, enthält sehr viel Eiweiss, keine Cylinder. Von Tag zu Tag steigern sich die hydropischen Anschwellungen und der Eiweissgehalt des Urins.

Angesichts der drohenden Eklampsie machte ich am 11. März, Vormittags 11 Uhr den Versuch, mittelst Pilocarpin 0,02 subcutan die künstliche Frühgeburt einzuleiten. Vier Minuten nach der Injection deutliche Schweisseruption und Salivation. Temperatur früh morgens 37,5.

12 Uhr Mittags	Temp. 36,9.	Puls 100.	Dreimal heftiges Erbrechen.
1 -	- 36,5.	- 100.	
3 - 45 Min.	- 37,1.	- 80.	Etwas Kopfweh.
4 - 45 -	- 37,4.	- 80.	
5 - 30 -	- 37,7.	- 84.	
7 - 45 -	- 37,4.	- 76.	Krampfartige Schmerzen in den

Waden; etwas Prostration; kurzer Athem. Den 12. März 10 Uhr 30 Minuten Vormittags nochmals Pilocarpin 0,02 subcutan. $1^1/_2$ Minute darauf Schweiss und Speichelfluss. 5 Minuten später stürmisches galliges Erbrechen. Singultus.

Da nicht das geringste Zeichen beginnender Wehenthätigkeit zu erkennen war, und Pat. in Folge des heftigen Erbrechens sich sehr schwach fühlte, wurde von weiteren Pilocarpininjectionen abgesehen.

Den 16. März. Der Eiweissgehalt des Urins hat in den letzten Tagen noch bedeutender zugenommen, ca. $^1/_4$ der ganzen Menge. Keine Cylinder.

Die Einleitung der künstlichen Frühgeburt, durch eine andere bewährte Methode, wird auf den 18. März festgesetzt.

Den 17. März. Pat. klagt am Morgen über heftige Kopfschmerzen. Eisbeutel auf den Kopf.

12 Uhr Mittags. Der erste eklamptische Anfall, 4—5 Minuten dauernd; tiefer Sopor.

12 Uhr 30 Minuten. Zweiter sehr heftiger Anfall von gleicher Dauer. Stertoröses Athmen. Pilocarpin 0,02 subcutan. Schweisseruption sehr unbedeutend, Salivation nicht zu constatiren. Erbrechen blieb aus. Von Zeit zu Zeit Anwendung der aufsteigenden heissen Vaginaldouche zu 39° R.

Die in halbstündlichen Intervallen noch auftretenden Anfälle wurden schwächer und von kürzerer Dauer. Reibungen des Fundus uteri bewirken eine mässige Erhärtung desselben.

8 Uhr 15 Minuten. Injection von Pilocarpin 0,02.

Keine Salivation und Diaphorese.

8 Uhr 30 Minuten Abends. Elfter und letzter Krampfanfall. Fötale Herztöne nicht mehr hörbar.

9 Uhr Collaps. Aether subcutan, volle Spritze.

12 Uhr 30 Minuten Nachts. Aetherinjection wiederholt.

Den 18. März 7 Uhr Morgens. Temperatur 37,1. Keine Anfälle mehr.

Pat. noch comatös. Schwache Wehenthätigkeit.

11 Uhr Vormittags. Einführung eines Bougie, das den Blasensprung und Abfluss des Fruchtwassers veranlasst. Cervix ca. 1 cm lang. Pilocarpin 0,02 subcutan. 2 Uhr 30 Minuten. Wehen kräftiger. 3 Uhr 45 Minuten. Schmerzhafte Wehen (alle 5—10 Minuten) bei langsam wiederkehrendem Bewusstsein. Muttermund pfenniggross.

10 Uhr Abends. Kopf steht am Damm, rückt nicht vorwärts. Anlegung der Zange. Geburt eines todten Mädchen von ca. 2000 g und 30 cm Länge, Placenta wird durch Druck leicht entfernt.

Den 19. März. Bewusstsein vollständig wiedergekehrt. Pat. weiss von ihrer Entbindung nichts. —

Unter schneller Abnahme der Eiweissausscheidung und der hydropischen Anschwellungen verlief das Wochenbett normal. Pat. wird am 7. April genesen entlassen.

Der zweite Fall von den Herren Collegen Klotz und Unruh beobachtet, ist mir zur Verwerthung freundlichst überlassen worden.

II. Frau Gabriel, 23 Jahr alt, Gendarm's Ehefrau, früher stets gesund, seit einem Jahr verheirathet, I para, angeblich im 10. Schwangerschaftsmonat, erkrankte, nachdem sie in den letzten Wochen über Kurzathmigkeit und Anschwellung der Füsse zu klagen hatte, plötzlich in der Nacht vom 4. zum 5. November vorigen Jahres mit einem mehrere Minuten anhaltenden, von tiefem Sopor gefolgten eklamptischen Anfall, welchem in derselben Nacht bis früh 7 Uhr vier weitere, etwas schwächere folgten. Ein noch während der Nacht gerufener Arzt verordnete Bromkalium und verzichtete angeblich wegen vollkommener Aussichtslosigkeit jeder Behandlung auf die Weiterbeobachtung. Während der folgenden Tagesstunden kein Anfall mehr, die Kranke jedoch unbesinnlich und benommen, klagt über intensive Kopfschmerzen.

Status präsens am 5. November, 2 Uhr Nachmittags.

Kräftige Frau, benommen, giebt aber richtige Antworten. Temperatur 39,8. Puls 120. Mässiges Oedem der unteren Extremitäten.

Schwangerschaft wird auf Ende des 10. Monats bestimmt. Urin enthält $1/3$ Volumen Eiweiss, spärliche Cylinder; Zunge stark zerbissen, sonst keine nachweisbaren Störungen.

Therapie: Eisblase, Bromkalium zunächst weiter gegeben. Im Laufe des Nachmittags zeitweise ziehende Schmerzen im Kreuze; Unbesinnlichkeit nimmt zu. Kein Urin. Abends 7 Uhr 30 Minuten Injection von 0,02 Pilocarpin. Gleich darauf Beginn der Salivation und Diaphorese, Brechneigung, welche sich im Laufe der nächsten Stunden zu wiederholtem Erbrechen von dem massenhaft verschluckten Speichel steigerte. Die Nacht hindurch enorme Salivation und Schweissproduction; dabei innerhalb 12 Stunden 1500 g Urin, von derselben Beschaffenheit wie Tags zuvor, nur mehr Cylinder. Schlaflosigkeit meist in Folge der starken Speichel- und Schweissabsonderung; die ziehenden Schmerzen im Kreuz haben sich vermindert.

Den 6. November früh $1/2$8 Uhr Temperatur 38,6. Puls 128. Pat. ist vollkommen klar. Oedem im Gesicht. Injection von 0,02 Pilocarpin; wieder wie am Tage vorher gleich darauf Beginn der bis Mittag anhaltenden, geradezu staunenerregenden Salivation, Diaphorese und Diurese. Temp. Mittags 39,0. Puls 116.
- Abends 39,3. - 128.

Abends Injection von 0,02 Pilocarpin. Wirkung wie vorher, wiederholtes Erbrechen.

Im Laufe der nächsten Tage besserte sich der Zustand der Kranken unter tägleich zweimal wiederholten Injectionen von Pilocarpin ganz ausserordentlich; es kam kein neuer Anfall; die Benommenheit schwand gänzlich, der Appetit und Schlaf war gut, die Temperatur kehrte zur Norm zurück, nur der Puls blieb frequent und klein. Der Urin blieb eiweisshaltig, stets waren Cylinder nachweisbar. Die Oedeme waren dagegen geschwunden.

Am 9. November Mittags 2 Uhr Beginn der Wehenthätigkeit. 1/2 4 Uhr intensiver eklamptischer Anfall mit nachfolgendem tiefen Sopor. Muttermund ca. thalergross. Es wurde die sofortige Beendigung der Geburt beschlossen, vorher aber nochmals Pilocarpin injicirt. In tiefer Chloroform-Morphiumnarkose Vornahme seitlicher Incisionen des Muttermundes, Blasensprengung und Extraction zweier in Steisslage befindlicher Kinder. Die Placenta folgte bald. Nach Ausstossung derselben nicht unbeträchtliche Blutung. Darauf baldiges Erwachen aus der Narkose und relatives Wohlbefinden. Die Temperatur blieb normal bis zum Mittag des nächsten Tages, nur der Puls war und blieb sehr frequent. Der Urin zeigte noch Eiweiss.

Den 10. November Abends Allgemeinbefinden schlecht, Fiebererscheinungen und heftiger Kopfschmerz. 7 Uhr Abends Temperatur 39,4. Puls 140. Pilocarpin 0,02 mit exacter Wirkung auf Diaphorese. Nachts 1/2 12 Uhr ausserordentlich intensiver Anfall, der stärkste während der ganzen Erkrankung. Kurz nach 12 Uhr Temperatur 40,7. Kleiner, nicht zu zählender, aussetzender Puls. Unregelmässiges stertoröses Athmen, dabei kühle Extremitäten. Injection von Pilocarpin 0,02; diesmal mit nicht so pünktlicher und ausgesprochener Wirkung. 3 Uhr Nachts: Das Bewusstsein noch nicht zurückgekehrt. Temperatur 39,7. Puls 176. Athmung sehr frequent, aber gleichmässig, reichliche Schweissproduction.

Den 11. November Temperatur 38,6. Puls 120. Etwas Benommenheit und Kopfschmerzen, im Uebrigen relatives Wohlbefinden; ca. 500 cm Urin spontan gelassen, geringerer Eiweissgehalt wie früher, weniger Cylinder. Abends 0,02 Pilocarpin. Von Tag zu Tag besserte sich nun der Zustand, kein neuer Anfall trat ein, Urin wurde reichlich gelassen, Eiweiss sowie Cylinder täglich geringer. Ohne irgend welche Störungen ging die verhältnissmässig rasche Reconvalescenz in vollständige Genesung über. Am 28. November verliess die Kranke das Bett und ist bis jetzt gesund geblieben.

Im Ganzen waren 13 Injectionen von Pilocarpin (à 0,02) gemacht worden.

Es würde zu weit führen, die einzelnen Erscheinungen der Pilocarpinwirkung in beiden Beobachtungen specieller zu erläutern. Ich beschränke mich hier zum Schluss nur auf eine kurze Recapitulation derselben:

1) Erwies sich das Pilocarpin bei Fall I gänzlich unwirksam zur Erregung der künstlichen Frühgeburt.

2) War in beiden Fällen kein deutlich wehenerregender, noch wehenverstärkender Einfluss des Mittels wahrzunehmen.

3) Blieb nach den Pilocarpininjectionen in Fall I die Speichel- und Schweissabsonderung zur Zeit der eklamptischen Anfälle aus, was, nach Sänger (Archiv für Gynäkologie Bd. XIV. p. 87), für die Schwere der Affection sprechen würde. Fall II zeigte dagegen äusserst profuse Salivation, Hydrose und auffällig vermehrte Diurese.

4) Ist die vorzügliche Einwirkung des Pilocarpins auf den Nachlass der heftigen Krampfanfälle in Fall I, bei welchem andere bewährtere Mittel nicht in Anwendung kamen, besonders hervorzuheben. Auch in Fall II, zuerst mit Bromkali behandelt, erscheint das Pilocarpin als Hauptagens zur Bekämpfung der Eklampsie und Hydropsie.

II. Zur Abnabelungsfrage.

Erwiederung an Herrn Dr. Schücking.

Von

Leopold Meyer in Kopenhagen.

In einem Aufsatze: Neue Beiträge zur Abnabelungstheorie (Centralbl. für Gynäk. No. 12) hat Herr Schücking Folgendes geschrieben: »Am Schluss seines Aufsatzes hält es jedoch Meyer für angemessen, sich der Debatte dadurch gänzlich zu entziehen, dass er dem durch mühsam herbeigetragenes Beweismaterial einer Reihe Autoren errichteten Lehrgebäude kurz entschlossen den Rücken wendet, indem nach seiner Ueberzeugung einfach die spät abgenabelten Kinder keinen nennenswerthen Zuwachs von Blut bekommen. Beweis? Herrn Meyer's Ueberzeugung«.

Indem ich Herrn S. auf das ausführliche Referat meines Aufsatzes, das sich in Schmidt's Jahrb. 1878, No. 12, p. 260—263 findet[1]), verweise (der Originalaufsatz, der ja, weil auf Dänisch geschrieben, Herrn S. unzugänglich ist, würde ihm zeigen, glaube ich, dass ich »eine ausreichende Kenntniss der zu bekämpfenden gegnerischen Arbeit« besitze), werde ich hier nur ganz kurz anführen, worauf ich meinen, von Herrn S. citirten Satz stütze. Erstens auf Herrn Wiener's wie auf meine Untersuchungen über den Blutgehalt der Placenta. Zweitens auf Untersuchungen über die Kreislaufsverhältnisse in der Nabelschnur. Während das Blut dem Kinde durch die Vene zuströmt, verlässt es dasselbe ja wieder durch die Arterien. Ob die Zufuhr grösser als der Abfluss sei, ist schwer zu bestimmen. Wenn aber das Kind mit verschlossener Glottis exspirirt, was oft in den ersten Secunden nach der Geburt stattfindet, fühlt man nicht selten, dass hierdurch das Blut auch durch die Vene aus dem Kinde ausgepumpt wird. Folglich ist es in jedem einzelnen Falle zweifelhaft, ob Blut dem Kinde dadurch zugeführt wird, dass man mit der Abnabelung wartet. Drittens. Die Wägungen, die sofort nach der Geburt und wieder kurz danach, noch vor der Abnabelung unternommen worden sind, sind nicht überzeugend. Herr S. schreibt selbst: »Die grösste Quantität des übertragenen Bluts wird eben während der ersten Secunden post partum übertragen«[2]). Schreiende, zappelnde Kinder zu wägen fordert aber immer einige Zeit, indem es in der Regel wenigstens $^1/_2$ Minute dauert, ehe die Schwankungen der Wage aufgehört haben, und da ja die Rede nicht von grossen

---

[1]) Ich benutze die Gelegenheit, hier einen Fehler zu berichtigen, der sich in das sonst so vorzügliche Referat eingeschlichen hat. Pag. 262, Sp. 1, Z. 12 v. o. steht: »Doch kommt es auch oft vor, dass die Pulsation am Nabel eher aufhört, als in der Mitte der Nabelschnur«. Das habe ich aber nie beobachtet.

[2]) Was versteht Herr S. übrigens unter Abnabelung »sofort« nach der Geburt? Wie viele Secunden dürfen hingehen? Ich rechne eine Abnabelung, die $^1/_2$—$^3/_4$ Minuten nach der Geburt stattfindet, noch als eine schnelle oder sofortige.

Gewichtsdifferenzen ist, wird man eben nichts über die Verhältnisse in diesen ersten Secunden erfahren. Hierzu kommt aber noch, dass man äusserst vorsichtig damit sein muss, dass die Nabelschnur nicht straff angezogen werde, da die Resultate hierdurch ganz vernichtet werden. Einer solchen Anziehung zu entgehen, oder sie ganz gleich stark bei den wiederholten Wägungen zu machen, ist aber oft äusserst schwierig, wenn nicht geradezu unmöglich.

Ich werde nur hinzufügen, dass meine, auf diese Gründe gestützte »Ueberzeugung« nicht durch die Untersuchungen Herrn S.'s über den Blutgehalt der 5 Kinderleichen erschüttert worden ist. Denn jeder, der die dort angegebenen Zahlen sieht, muss gewiss sich selber sagen: Da sich so bedeutende Differenzen zwischen dem Blutgehalte von Kindern, die in derselben Weise abgenabelt worden sind, finden, wie Herr S. uns gezeigt hat, muss man, ehe man auf diesem Wege weiter gehen kann, erst ungefähr die Mittelzahl dieser individuellen Differenzen kennen.

Zum Schlusse will ich Herrn S. darauf aufmerksam machen, dass meine im Centralblatt für Gynäk. No. 9 veröffentlichten Untersuchungen über die Gewichtsverhältnisse der Kinder nicht, wie er zu glauben scheint, unternommen worden sind, um etwas über ihre Blutmenge zu erfahren, sondern um Aufklärung zu bekommen, inwiefern auf die Ernährung der Kinder durch die verschiedenen Arten der Abnabelung eingewirkt werde.

Kopenhagen, 9. Juni 1879.

---

1. **K. v. Rokitansky** (Wien). Die operative Behandlung des Scheiden-Gebärmuttervorfalls.

(Wiener med. Presse 1879. No. 3—10.)

Verf. giebt kurz, nachdem er die bisherigen unzureichenden Operationsweisen angeführt, eine Darstellung der von Simon, Hegar und Kaltenbach und Bischoff beschriebenen Operationsmethoden bei Scheiden-Gebärmuttervorfall.

Verf. hat die Kolporrhaphia anterior 33 Mal erfolgreich ausgeführt und dabei Lappen von 9 cm Länge und 7 cm Breite ausgeschnitten; zur Naht verwendete er immer Seide. 6 Mal hat Verf. auch aus der hinteren Vaginalwand grössere Lappen herausgeschnitten. Bei Prolaps des Uterus und der Scheide hält Verf. gegen Huguier die Verlängerung des supravaginalen Theils des Collum und die dabei oft vorhandene Vergrösserung des Uterus für secundärer Natur. Es ist auch ganz zweifellos, dass die Vergrösserung des Uterus, die bei Prolaps besonders jüngerer Frauen so oft beobachtet wird, theils in mangelhafter Rückbildung des Uterus, also aus dem Wochenbette her mitgenommen ist, theils in später entstandener Circulationsstörung ihren Grund haben. In den meisten dieser Fälle ist die Amputation der Vaginalportion überflüssig und reichen die ope-

rativen Verengerungen der Scheide und des Introitus aus, um die Frauen zu heilen.

Verf. hat nach all den 3 dargestellten Operationsweisen in vielen Fällen gute Erfolge erzielt. Er giebt dem Verfahren von Hegar und Kaltenbach (Kolpoperineorraphie) den Vorzug vor den Simon-schen (Kolporrhaphia posterior) und ist das Erstere auch leichter ausführbar, als die Bischoff'sche Operationsweise (Kolpoperineoplastik). Es wird aber zugegeben, dass durch die Bischoff'sche Operation die stärkste Knickung und Verengerung der Vagina erzielt wird.

Bandl (Wien).

---

2. **Tauffer** (Budapest). Die Castration der Frauen, mit Demonstration eines geheilten Falles.

(Vortrag gehalten in der königl. Gesellschaft der Aerzte in Budapest.)
(Pester med. chirurg. Presse No. 47 und 48.)

Verf. weist an der Hand zahlreicher Citate aus dem bekannten Hegar'schen Werk auf den innigen Connex zwischen Entwicklung der Ovarien und des Uterus hin, und hält mit Hegar an dem festen Zusammenhang zwischen Menstruation und Ovulation fest. Täuschungen über Wiedererscheinen nach Entfernung der Ovarien sind möglich, dadurch, dass nicht alles vom Follikel entfernt wurde, oder dass der entfernte Tumor fälschlich für einen ovariellen gehalten wird. Ausserdem können 3 Ovarien vorhanden sein. Nach ausführlicher Wiedergabe der Hegar'schen Indicationen und Postulate für glückliche Ausführung der Operation giebt T. die eigene Krankengeschichte.

Es handelte sich um eine 25jährige Frau, die noch nie die Menstruation gehabt hatte. Vom 15. Jahr an, stärker seit dem 20. Jahr, hatten sich monatliche Molimina im Kreuz und Becken eingestellt, die allmälig eine solche Höhe erreicht hatten, dass stundenlange Bewusstlosigkeit auf der Höhe des Anfalls eintrat. Nach der vor 2 Jahren erfolgten Verheirathung war die atrophirte Scheide operativ zugänglich gemacht worden, die Molimina waren aber in Folge des Verkehrs nur stärker geworden. Ueber dem blinden Ende der Scheide fand sich ein härtlicher nussgrosser Körper (Uterus), quer durch das Becken verlief ein Strang, an den rechts und links seitlich nussgrosse, bewegliche auf Druck schmerzhafte Körper als Ovarien anzusprechen waren.

Der Bauchschnitt in der Medianlinie erlaubte, die Ovarien in die Wunde vorzuziehen und dort in 2 Abtheilungen mit Seidenfaden zu unterbinden. Bauchnaht mit Silberdrähten. Verlauf fast fieberfrei.

Die Menstruationszeit ist seither 3 Mal ohne Eintritt übler Erscheinungen verlaufen.

Fehling (Stuttgart).

---

3. **F. Weber** (Petersburg). Einiges über die intrauterine Behandlung.

(Petersburger med. Wochenschrift 1879. No. 3.)

Der Aufsatz soll nur eine Ergänzung der früheren Arbeiten Verf.s über dies Capitel sein, und werden namentlich die Technik der intra-

uterinen Injection und die bei denselben vorkommenden üblen Zufälle besprochen.

Bereits seit 1864 macht Verf. desinficirende Ausspülungen des puerperalen Uterus mit schwacher Chlorkalklösung vermittelst der Clysopompe und des gewöhnlichen Mutterrohres. Während nun im Institute üble Zufälle sehr selten waren, kamen sie in der Poliklinik, wo es sich meist um ältere vernachlässigte Fälle von Puerperalerkrankungen handelte, viel häufiger vor. Verf. gab die Schuld davon den Mutterröhren, da bei ihrer Anwendung einer Anstauung der injicirten Flüssigkeiten sehr leicht möglich war. Er liess sich deshalb 3 Nummern einer Doppelcanüle construiren, die den Katheternummern 9—13 entsprachen und den verschiedenen Stadien des puerperalen Uterus angepasst waren, so dass die kleinste Nummer auch beim nicht puerperalen Uterus angewandt werden konnte. Diese Doppelcanülen haben eine schwache Beckenkrümmung im oberen Viertel, eine schmale Injectionsöffnung (2—3 cm lang und 1 cm unterhalb der Spitze) an der convexen Seite, eine recht geräumige Abflussöffnung an der concaven Seite, aber tiefer als die Einflussöffnung; sie werden mit dem Esmarch'schen Kruge in Verbindung gebracht. Als Desinficiens wird Carbollösung verwandt. Bevor Verf. die Canüle in den Uterus selbst einführt, lässt er erst die Vagina voll laufen, wodurch einerseits das Eindringen von Luft fast sicher vermieden, andrerseits der häufig stark antevertirte Uterus — namentlich in der späteren Zeit des Puerperiums — aufgerichtet und so die schonende Einführung der Canüle ermöglicht wird.

Von den vorkommenden üblen Zufällen sind einige fast sicher zu vermeiden, so das Eindringen von Luft durch die oben angegebene Technik, die heftigen Uteruskoliken (veranlasst durch Reizung des Uterus durch die Canüle oder die Injectionsflüssigkeit) durch geschickte Handhabung des Instruments und Vermeidung des sehr reizbaren Fundus uteri, weniger dagegen ein andrer, sehr übler Zufall, die profuse Spätblutung. Dieselbe kommt zu Stande, indem durch die Canüle oder den Injectionsstrom der schützende Thrombus von einem grossen Gefässlumen abgestossen wird; sie kommt vor auch bei schonender Einführung der Canüle und bei geringem Druck der Injectionsflüssigkeit.

Schwarz (Halle a/S.).

---

4. **Stadfeldt** (Kopenhagen). Fälle von Missbildungen des weiblichen Genitalcanals.

(Gynäkol. og obstetr. Meddelelser, ausg. von F. Howitz Bd. II. Hft. 1. 1878. p. 24.)

Einen Uterus infantilis hält Verf. für eine sehr häufige Ursache der Sterilität bei jungen Frauen, häufiger als die viel besprochenen Flexionen. Die Sterilität kann gehoben werden, wenn der Uterus bei dem ehelichen Geschlechtsleben allmälig sich entwickelt. Es geschieht dies schwerlich nach dem 20. Jahre, selbst bei relativ gut entwickelten Ovarien, welche auf eine normale Ovulation schliessen

lassen. Weit seltener sind dagegen die eigentliche rudimentäre Entwickelung des Uterus und der totale Mangel desselben; diese beiden Zustände müssen klinisch zusammengestellt werden, weil sie im concreten Falle schwer, oft auch wohl unmöglich zu unterscheiden sind. Verf. hat nur in 2 Fällen von Amenorrhoe und Sterilität einen solchen Defectus uteri nebst fehlender resp. blind endender Vagina getroffen. Duplicität des Uterus kommt relativ häufiger zur Beobachtung.

Bei einer 35jährigen Frau, die seit 3 Jahren verheirathet, aber steril war, fand sich ein Uterus septus mit grösserer Entwickelung der rechten Hälfte. Das Scheidengewölbe war ebenfalls durch ein 3 cm hohes sagittales Septum in zwei Seitenhälften, jede eine Vaginalportion enthaltend, getheilt. Der untersuchende Finger drang leichter in das linke Scheidengewölbe hinauf, weil das Septum der rechten Vaginalwand anlag; auch der Beischlaf hatte daher wahrscheinlich am häufigsten links stattgefunden. Verf. suchte nun durch Excision des vaginalen Septums die räumlichere rechte Uterushälfte zugänglicher zu machen, Schwangerschaft war jedoch nach einem Jahre noch nicht eingetreten.

Ausführlicher verweilt Verf. bei der eben nicht seltenen Complication von Uterus duplex mit Schwangerschaft. Die Geburt verläuft dabei oft überraschend leicht, im Allgemeinen doch etwas schwieriger, als bei normalem Uterus.

Bei einer 29jährigen Primipara, deren Schwangerschaft normal verlaufen war fand sich eine vollständige Theilung der Scheide durch ein sagittales Septum; Uterus zweihörnig; das rechte Horn gravid, stark rechts geneigt, das leere linke Horn gegen die Symphyse gedrängt. Die beiden Hörner divergirten aufwärts und waren nur im Cervixtheil mit einander verbunden. Aus dem rechten Muttermunde prolabirte eine pulslose Nabelschnur neben dem Schädel. Bei dem Vordringen des Kopfes zerriss das vaginale Septum, nur ein fingerdickes Band musste gegen Ende der Geburt mittelst der Scheere durchgeschnitten werden. Ein ausgetragenes, schwach macerirtes Kind wurde mit der Zange entwickelt. Nach Ablauf einer langwierigen Parametritis wurde Pat. abermals untersucht und die Duplicität des Uterus constatirt; die beiden Hörner lagen beinahe transversal im kleinen Becken. Pat. wurde bald darauf wieder schwanger, diesmal im linken Horne, und später in der hiesigen Gebäranstalt von einem lebenden Kinde entbunden.

Es hatte hier eine Entwickelungsstörung der doppelten retrograden Metamorphose des Uterus, der Absorption des Septums zwischen den Müller'schen Gängen und der Rückbildung der Uterushörner, welche bekanntlich im 2., 3. Monate beginnt, stattgefunden. Diese beiden Vorgänge folgen nicht nothwendigerweise mit einander; das Septum kann bestehen bleiben, während die Hörner sich rückbilden und umgekehrt. Im ersteren Falle entsteht ein Uterus septus seu bilocularis mit normalem Fundus, im letzteren Falle ein Uterus bicornis unicollis. Verf. hat beide Formen von Missbildungen bei Kreissenden getroffen. Ein Fall von Uterus septus mit Schwangerschaft der rechten Hälfte ist von ihm in Nord. med. Archiw, Bd. II, referirt; Pat. wurde mittelst der Zange erlöst. Er beschreibt jetzt noch 2 Fälle von Uterus bicornis mit gemeinschaftlichem Cervicalcanal und Schwangerschaft des einen Horns. Die Geburt der ausgetragenen Kinder verlief ohne besondere Schwierigkeiten. Nach Ablauf des Wochenbettes wurde der Zustand des Uterus controlirt; es war kein Septum im Cervixtheile vorhanden, nur eine prominirende

Kante wurde an der Uebergangsstelle zwischen beiden Hörnern mittelst der Uterussonde gefühlt. Die Vagina war in allen 3 Fällen einfach, wie auch die Erfahrungen am Sectionstische lehren, dass Duplicität des Uterus mit einfacher Vagina häufiger gefunden wird als umgekehrt. Nach Fürst soll das Septum im Uterus normalerweise erst schwinden, später dann das der Vagina; Verf. nimmt an, dass die gegenwärtigen Fälle mit dieser Annahme nicht im Widerstreite zu stehen brauchen. Die Persistenz des Septums muss einer excessiven Ernährung zugeschrieben werden; es lässt sich aber wohl denken, dass die regressive Metamorphose in der schmächtigeren Vagina weniger leicht gestört wird als im Uterus. Es wird ziemlich allgemein angenommen, dass das utero-vaginale Septum erst an der Uebergangsstelle zwischen Uterus und Vagina zu schwinden beginnt; für diese Annahme spricht auch die folgende Beobachtung.

Bei einer 30jährigen Primipara musste gegen Ende der Geburt ein fingerdickes, muskulöses Band, das am Scheideneingange sich über dem hervordringenden Kopfe in sagittaler Richtung hinüberspannte, durchgeschnitten werden, wonach die Geburt spontan vollendet wurde. Fundus uteri wurde vor und nach der Geburt etwas links geneigt gefühlt. Eine an der hinteren Vaginalwand hervorspringende Leiste, die als eine Fortsetzung der hinteren Anheftung des Muskelbandes nach oben sich erstreckte, liess eine Duplicität des Uterus vermuthen. Am 10. Tage des Wochenbettes wurde nun auch ein sagittales Septum durch Exploration gefühlt, dessen unterer Rand bis an den inneren Muttermund reichte und denselben in 2 Hälften, eine grössere linke, mehr nach vorn liegende und eine kleinere rechte, theilte. Durch gleichzeitige Einführung zweier Uterussonden wurde die Duplicität des Uterus constatirt und die linke Cavität als die grösste erkannt.

Ueberreste des utero-vaginalen Septums kommen bald allein in der Vagina, bald allein in dem Uterus vor. Im letzteren Falle werden sie nur zufälligerweise während der Geburt entdeckt, wie dies in einem Falle von Placentalösung geschah, den Verf. in Nord. med. Archiw, Bd. II, beschrieben hat.

Die in den Uterus eingeführte Hand fühlte hier links eine längliche Höhle, die den Zeigefinger in seiner ganzen Länge eben aufnahm und mit einem sammtartigen Ueberzug (Decidua) ausgekleidet war, während rechts eine grössere Höhle, in der ein Theil der Placenta adhärirte, vorgefunden wurde. Der untere Rand des Septums konnte nach Entfernung der Nachgeburt über dem Orific. int. gefühlt werden. Aussen fühlte sich der Fundus uteri normal an, wie auch keine Spur einer Theilung im Cervix oder Vagina entdeckt werden konnte.

Auch eine unvollständige Theilung der Vagina allein hat Verf. mehrmals bei Kreissenden getroffen, mitunter ist das Septum beinahe transversal gewesen. Die Geburt wird bei Duplicität des Genitalcanals oft durch Adynamie verlangsamt, ferner sind Steisslagen bei dieser Complication relativ häufig; im Allgemeinen führt jedoch die Duplicität keine Gefahren für die Geburt mit sich. Die Häufigkeit dieser Missbildung wird von den Geburtshelfern höher angeschlagen als von den pathologischen Anatomen; Verf. findet doch die Angabe von Schatz (10 Mal von 2000) etwas zu hoch. Eine sagittale Vertiefung, aussen am Fundus uteri gefühlt und eine Theilung des Introitus vaginae, lässt immer eine weiter eingreifende Theilung des

Genitalcanals muthmassen. Eine ganz andere Genese glaubt Verf. mit Dohrn dem Hymen duplice perforatus beilegen zu müssen, indem er diese Abnormität oft mit starker Entwickelung und Dicke der Membran verbunden gesehen hat und daher sowohl die Verdickung als die Bildung eines sagittalen Septums im Hymen einer Hyperplasie bei der ersten Entwickelung der Membran zuschreibt. Schliesslich erwähnt Verf. noch einen Fall von angeborener Verschliessung des Genitalcanals bei einem 14 Monate alten Kinde durch Verwachsung der Labia minora; ähnliche Fälle hat Bòkai beschrieben.

Storch (Copenhagen).

---

5. **A. Goldschmidt.** Ueber die Häufigkeit einiger acuten Infectionskrankheiten während der Schwangerschaft und deren Einfluss auf diese.

(Abhandl. für den medic. Doctorgrad, Copenhagen 1879. 264 Seiten.)

Das Material dieser Dissertation ist theils aus der Literatur, theils aus den grossen Hospitälern Copenhagens gesammelt. Wir können hier nur das Resumé des Verf. wiedergeben.

Unter den sehr zahlreichen Tabellen im statistischen Theile der Abhandlung giebt folgende eine Uebersicht der verschiedenen Weisen, in welchen die Typhen, Variola und Cholera mit Gravidität combinirt enden können:

	Typhus	Variola	Cholera
Tod ohne Abort	3,12 %	2,74 %	28,19 %
Tod nach Abort	27,50 -	27,67 -	26,95 -
Genesung ohne Abort . . .	25, 0 -	50,27 -	20,72 -
Genesung nach Abort . . .	44,38 -	19,32 -	24,14 -

Immunität, d. h. absolute Unempfänglichkeit, ist für Schwangere gegenüber acuten Infectionskrankheiten nicht vorhanden, in den verschiedenen Epidemien können dieselben mehr oder weniger häufig bei Schwangeren vorkommen. Als Resultat der vorliegenden Erfahrungen müssen die Typhen, namentlich Febr. typhoidea, als weit seltener bei Graviden als bei anderen erklärt werden, und es ist wahrscheinlich, dass dieses auf einer geringeren Empfänglichkeit bei jenen beruht. Dagegen treten Variola und Cholera mit derselben Häufigkeit bei Graviden und Anderen auf. — Die Prognose quoad vitam wird, was die Typhen und Pocken anbelangt, im bedeutenden Grade durch die complicirende Schwangerschaft verschlimmert, wogegen ein solcher Einfluss bei Cholera nicht zu finden ist. Bei den erstgenannten Krankheiten ist die Sterblichkeit in der letzten Hälfte der Schwangerschaft bedeutend grösser als in der ersten. Die Gefahr, welche die Schwangerschaft bedingt, kann mit ziemlich grosser Sicherheit theils dem im Laufe der Krankheit stattfindenden Abort oder Geburt zugeschrieben werden, und beruht wahrscheinlich auf

den Blutungen, die diese veranlassen, theils den complicirenden Puerperalprocessen (wenn nicht das Verhältniss so ist, dass: Abort oder Geburt in Folge der Heftigkeit der Krankheit eintritt und deswegen der Tod? Ref.). — Eine Unterbrechung der Schwangerschaft in Folge der Krankheit tritt im Typhus mehr als in der Hälfte der Fälle ein, bei Variola und Cholera ziemlich genau in der Hälfte. Auch diese Gefahr ist am grössten in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft, gleichmässig gegen sein Ende zunehmend, wo sie culminirt. In Bezug auf die Krankheit tritt der Abort gewöhnlich in der Krankheitsakme ein. — Die Ursache der Unterbrechung der Schwangerschaft muss am nächsten in zwei Momenten gesucht werden, der für diese Krankheiten besonderen Disposition zu Blutungen (Metrorrhagien), die auch bei nicht Schwangeren auffallend ist, und der Theilnehmung des Fötus in der Krankheit, die am stärksten in Cholera, am mindesten in Typhus ausgesprochen ist. Von diesen zwei Momenten tritt das erste besonders hervor in Variola und Typhus, das zweite in Cholera. **Ingerslev** (Copenhagen).

---

6. **J. M. Balfour** (Cambridge). Ueber Bau und Entwicklung des Ovariums der Wirbelthiere.

(Quarterly Journal of microscope science 1878. October.)

Der 1. Theil dieser Arbeit befasst sich mit der Entwicklung des Ovariums bei Scyllium und Raja. Der 2. Theil handelt die Entwicklung des Ovariums und des Eies bei Säugethieren ab. Die Untersuchungen sind zumeist an Kaninchen angestellt, auch wurden gelegentlich Untersuchungen an Katzen, Hunden und Schafen vorgenommen. Der jüngste zur Untersuchung verwendete Embryo war 18 Tage alt, dieselben wurden mit kurzen Zwischenräumen bis zum Alter von 4 Wochen nach der Geburt fortgesetzt. Die Hauptergebnisse sind folgende: Im frühesten Stadium ist das Ovarium eine cylindrische Erhöhung an der innern Seite des Wolff'schen Körpers, und besteht aus zwei Schichten, einer äussern germinalen Epithellage, und einem eine vasculäre Zone bildenden Stratum, das aber zu dieser Zeit aus zellig sich verzweigenden Schichten epithelialen Gewebes, zahlreichen Gefässen und Stromazellen besteht. Das Germinalepithel wird dicker, und es wachsen dann in dasselbe zahlreiche Auswüchse des Stroma's hinein, so dass es völlig von den Ausläufern verdrängt wird. Ein Theil des Stroma's bildet eine Lage dicht unter der Oberfläche, und bildet so in einem späteren Stadium die Tunica albuginea. Der Theil des Germinalepithels, der oberhalb dieser Lage sich befindet, wird auf eine Reihe von Zellen reducirt, die nächste Lage darunter wird durch Ausläufer des Stroma's in Abtheilungen geschieden, die er Nester nennt, jedes Nest enthält eine Anzahl Follikel. Die Zellen des Germinalepitheliums sind die Grundlage für die Entwicklung der bleibenden Eier und der Zellen des Follikularepithels; Verf. stimmt also mit Waldeyer überein, entgegen Foulis. Die Umwand-

lung der Zellen des Germinalepithels in bleibende Eier beginnt beim Embryo in etwa 22 Tagen. Nicht alle Zellen eines Nest's verändern sich in der angegebenen Weise. Einige derselben werden durch Theilung kleiner und lagern sich rings um die Eichen und bilden so das Follikelepithel.

Die erste Membran, die sich um die Eichen bildet, erscheint in einzelnen Fällen selbst vor dem Auftreten des Follikularepithels, und hat die Natur der Dottermembran.

Ausgezeichnete Abbildungen sind der Arbeit beigegeben.

Underhill (Edinburg).

---

7. **L. Löwe** (Berlin). In Sachen der Eihäute jüngster menschlicher Eier. Mit 4 Holzschnitten.

(Arch. für Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 2.)

Verf. hält Reichert und Ahlfeld gegenüber daran fest, dass die von Beigel und ihm gegebene Beschreibung der Eihüllen junger menschlicher Früchte (Arch. für Gynäkologie Bd. XII. Hft. 3) die thatsächlich richtige sei, dass nämlich alle menschlichen Eier der 2.—3. Woche aus einer doppelwandigen, abgeplatteten, mit Flüssigkeit gefüllten Blase bestehen; die äussere Wand dieser Blase trage zahlreiche verzweigte Zöttchen, die innere sei glatt.

Das Vorkommen der von Ahlfeld beschriebenen Vacuolen in den Spitzen der Zotten, zwischen dem Epithelmantel und dem Stroma derselben, hält er für sehr wahrscheinlich. Ein Präparat konnte darüber keinen Aufschluss geben, da dessen Epithelhülle bereits verloren gegangen war.

Die Reichert'sche Darstellung, nach welcher das Ei als alleinige Hülle ein einschichtiges, hohle Zöttchen bildendes Epithel besitzt, und die Hohlräume dieser Zöttchen mit der Eihöhle communiciren, also auch von der in dieser vorhandenen Flüssigkeit erfüllt sind, bezeichnet er als eine durchaus falsche.

Schwarz (Halle a/S.).

---

8. **T. Felsenreich** (Klinik G. Braun, Wien). Dialystisches Injectionsergotin für subcutane Anwendung.

(Wiener med. Wochenschrift 1879. No. 7.)

Das Mittel wurde in fast 300 Injectionen bei Metrorrhagien post partum in Anwendung gezogen. Es wurden meist 2, oft auch 3 g injicirt. Als Injectionsstelle wurde die seitliche Thoraxgegend oder die Bauchdecken gewählt. Dieses von Bombelon dargestellte Ergotin soll weniger Reaction und Schmerz um die Einstichsstelle verursachen, in der Wirkung den anderen Präparaten gleich kommen und seine Lösung soll haltbarer sein. **Bandl** (Wien).

---

9. **Guibert** (Anvers). Die Vortheile der combinirten Morphium-Chloroformnarkose.

(Annales de la Soc. de med. d'Anvers 1878. Juin.)

Während die reine Chloroformnarkose mit dem Stadium der Excitation beginnt, tritt bei der combinirten gleich die Analgesie ein; Excitationserscheinungen fehlen entweder ganz, oder sind doch nur gering. Völlige Analgesie ist eingetreten, sobald sich Störungen des Bewusstseins zeigen. Während derselben hat der Pat. noch Tastempfindungen, er hört, sieht und antwortet ausserdem mehr oder weniger richtig, fühlt aber absolut keine Schmerzen, stört den Operateur nicht durch Bewegungen, und erinnert sich später des Vorgefallenen gar nicht. Auch ist die willkürliche Muskulatur in einem gewissen Zustande der Erschlaffung, so dass selbst Luxationen leicht und schmerzlos reponirt werden können. — Weitere grosse Vorzüge sind, dass sie auch bei Operationen anwendbar ist, bei denen man wenigstens theilweises Bewusstsein und Mitwirken des Kranken nöthig hat, und dass sie fast absolut sicher das Eintreten der Asphyxie hindert, da eben die ursächlichen Momente derselben, die acute Gehirnanämie und die starke reflectorische Depression der Nervencentren und der Herzthätigkeit durch den operativen Eingriff selbst in Wegfall kommen. Auch die von Perrin angegebene Ursache der Asphyxie, Operiren während des Excitationsstadiums, wird hierbei vermieden.

Schwarz (Halle a/S.).

---

10. **Duke** (Dublin). Ein neuer Zugapparat an der Zange (nebst Abbildung).

(Brit. med. Journ. 1879. Febr. 8.)

Ausgehend von der Betrachtung, dass in manchem schweren Fall trotz manueller Unterstützung von Seiten eines Assistenten es nicht möglich ist, mit der Zange einen Kopf zu entwickeln, hat Verf. den von Morgan (Brit. med. Journ. 1878 Juni 29.) angegebenen Zugapparat modificirt.

Es ist dies einfach eine Art Haken, der in jedes Zangenfenster eingesetzt wird. Er kann mit dem Zangenblatt und vor Schluss desselben eingeführt werden, und kann den Kopf des Kindes nicht verletzen. Die ringförmigen Griffe des Haken sind in einer Drehbasse befestigt, die mittelst eines Metallstreifens mit einem um den Leib des Operateurs gehenden Riemen zusammenhängt.

Das Bedürfniss zu einem solchen Instrument scheint Verf. in der Dubliner Schule empfunden zu haben, der er als Assistent angehört.

Fehling (Stuttgart).

---

11. **J. H. Aveling** (London). Ueber den Einfluss der Lagerung der Frau.

London, **J. u. A. Churchill,** 1878.

Vorliegendes Thema wird hier vom historischen und klinischen Standpunkt aus erschöpfend behandelt. Stehen, wenn nicht mit Be-

wegung abgewechselt wird, wird sehr bald schmerzhaft und nachtheilig empfunden, wie die verschiedenen Lageveränderungen, die zur Erholung versucht werden, zeigen. Mit dem Sitzen verhält es sich ebenso. Von allen Instrumenten, die die Civilisation zur Qual des menschlichen Geschlechts erfunden, speciell zu der des weiblichen, ist der Stuhl das schlimmste. Die zurückgelehnte und seitlich anlehnende Haltung sind natürlicher, daher leichter und beliebter. Viele Lageveränderungen der Beckenorgane haben ihren Ursprung in unzweckmässiger Haltung, theilweise gehört hierher die aufrechte Haltung. Diese wirkt theils direct durch Beeinflussung der übrigen Organe, theils indirect durch Wirkung auf die Nachbarorgane. Wenn beim Sitzen oder Stehen der Körper vornübergeneigt wird, so nähert sich die Beckenneigung mehr der horizontalen, und das Gewicht der Eingeweide fällt infolge dessen mehr auf den Uterus und den Beckeneingang. Es ist dies eine häufige Ursache der Vorfälle, wie wir bei Armen sehen. Die Haltung beruht nicht zum wenigsten auf der Kleidung. Nichts ist unzweckmässiger, als die Kleidungsstücke an der Taille zu befestigen, dieselben sollten alle an den Schultern befestigt werden.

In Capitel 2 werden die durch verschiedene Körperhaltung hervorgebrachten Lageabweichungen der Beckeneingeweide besprochen; Capitel 3 handelt von den dadurch hervorgebrachten hyperämischen Zuständen. In Capitel 5 wird dann der Einfluss der Körperstellung auf die Functionen der Beckeneingeweide betrachtet, eingeschlossen die Functionen der Menstruation, Empfängniss, Schwangerschaft etc.

Theoretisch ist die beste Lage in der 1. Geburtszeit die rückwärts gelehnte, doch, da jede Lage auf die Dauer unerträglich wird, so muss man zum Wechsel Seitenlage erlauben. Während des Endes der 2. Geburtszeit ist die linke rückwärts geneigte Seitenlage die beste. Im nächsten Capitel werden die Lageabweichungen, soweit sie Ursachen der Verlagerungen der Eingeweide sind, besprochen. Cap. 6 handelt von der Lagerung bei gynäkologischen Operationen, Capitel 7 von den bei geburtshülflichen Untersuchungen und Operationen.

Das ganze Buch ist ein werthvolles Resumé der Ansichten des Verf. **Underhill** (Edinburg).

---

12. **P. E. Löwenhardt.** Mutter und Kind. Unterricht für Frauen über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, sowie die ersten Lebensjahre des Kindes.

Leipzig, **R. E. Kloz,** 1879.

Die übergrosse Zahl der in den letzten Jahren über dieses Thema erschienenen populär-wissenschaftlichen Schriften, die alle einem mehr oder weniger tief gefühlten Bedürfnisse abhelfen sollen, beweist wohl zur Genüge, wie schwer es ist, wahrhaft populär und zugleich wahrhaft wissenschaftlich zu schreiben und wie diese Aufgabe bis jetzt

noch von keinem der Autoren, die sich dazu berufen fühlten, gelöst worden ist.

Diese Bücher enthalten neben vielen beachtenswerthen und trefflichen Einzelheiten, bei denen die Verf. bald diesen, bald jenen Abschnitt bevorzugt haben, meistens des Guten zu viel; sie sind meist mit einer zu geringen Berücksichtigung des Standpunktes der erwarteten Leser und mit zu einseitigem Festhalten des Standpunktes der Verf. bearbeitet. Der Laie, selbst der gebildete, wird einmal Vieles nicht verstehen und das für ihn Wichtige nicht herauszufinden wissen und dann nütze ihm das Buch nichts; oder er wird in der Einbildung, Alles gründlich erfasst zu haben, nun glauben, ohne Arzt fertig werden zu können u. s. w.

Auch auf die vorliegende Schrift passen diese Bemerkungen.

Der Verf. ist zu ausführlich, er bringt zu viele Details.

Was soll diese genaue Beschreibung der Schwangerschaftszeichen, die Technik der geburtshülflichen Untersuchung; was sollen die Details des Geburtshergangs in einem Buch für Laien? Soll etwa der Vater sein scheintodtes, neugeborenes Kind mit einem Aderlass oder mittelst der Elektricität ins Leben zurückrufen? Soll die Mutter ihr Kind am Tetanus, Ekzem oder Pemphigus behandeln? u. s. w. u. s. w. $^1/_3$ so dick wäre das Buch 3 Mal besser.

Es sei hier nur noch auf einige Punkte hingewiesen.

Da die Auswahl der Ammen immer dem Arzt überlassen bleiben sollte, ist es gewiss überflüssig, auf $2^1/_2$ Seiten die von einer guten Amme geforderten Eigenschaften aufzuzählen. Bei dem Capitel der künstlichen Ernährung hätte man eine strengere Kritik der leider so marktschreierisch angepriesenen vielfachen sogenannten Ersatzmittel der Muttermilch erwarten können.

Ferner vermisst man die Empfehlung fortlaufender Wägungen in der Säuglingsperiode.

Sehr zu loben sind die Bemerkungen über Ophthalmia neonatorum, über die Anwendung des Krankenthermometer u. s. w.

Bemerkenswerth ist ferner der Vorschlag, dass alle Frauen, die dazu im Stande sind, sich die nothwendigen Instrumente, wie Katheter, Mutterrohr u. s. w. selbst anschaffen und nicht die der Hebammen benutzen sollen, wie überhaupt Verf. in dankenswerther Weise manche Fehler und Schwächen der Hebammen offen ausspricht. Aber warum sollen diese Gegenstände von Hartgummi und nicht von Metall sein, das doch haltbarer und viel besser zu reinigen ist? Warum ist die Spritze nicht durch den viel zweckmässigeren Irrigator ersetzt?

Verf. spricht viel vom Reinhalten der Schwämme; warum verwirft er sie nicht vollständig?

Verf. empfiehlt den Familienmitgliedern, die Hebamme in Bezug auf ihre Reinlichkeit zu controliren; aber warum steht in dem ganzen Buch kein Wort von Desinfection, von Carbolsäure oder Carbolöl? Das wäre dienlicher als Cremor tartari und Natrum bicarbonicum und namentlich Chloroform, das jede Mutter im Hause haben soll!

Auch das Gespenst des Milchfieber, das doch längst abgethan ist, spukt wieder in dem Capitel der Wochenbettserkrankungen.

Schellenberg (Leipzig).

---

13. **Ribemont** (Paris). Beiträge zum Studium der Frage: Wann soll man abnabeln?

(Annales de Gynécologie 1879. Févr.)

Verf. giebt zunächst ausführlichere Auszüge der wichtigsten Stellen der dieses Thema behandelnden Schriften von Budin, Schücking, Brunow, Zweifel, Leopold Meyer, Hofmeier und Porak und knüpft daran längere kritische und namentlich gegen Porak polemische Bemerkungen. Es folgen dann eigene Untersuchungen, die vorzugsweise in regelmässigen Wägungen einer Anzahl nach den verschiedenen Methoden abgenabelter Kinder bestehen.

Während ziemlich alle Autoren sowohl in Bezug auf das Thatsächliche dieser Frage, als auch auf die Consequenzen der vorliegenden Resultate für das geburtshülflich-praktische Handeln übereinstimmen, herrscht diese Einhelligkeit nicht in Bezug auf die physiologische Erklärung einiger Thatsachen. Während Budin z. B. in der Aspiration das Hauptmoment zur Ueberführung des Placentarblutes in die kindliche Circulation findet, räumt Schücking dem intrauterinen Druck die Hauptwirkung ein.

Wesentlich neue Gesichtspunkte sind hierbei vom Verf. nicht aufgestellt worden. In seinen Schlussfolgerungen spricht er sich für die späte Abnabelung, nach vollständigem Erlöschen der Pulsation, und gegen einen Aderlass bei Asphyxie aus. Das dem Kinde dadurch zu Gute kommende Blut nimmt er im Mittel zu 92 g an und ist mit Budin der Ansicht, dass es vorzugsweise durch Aspiration übergeführt werde.

Die spät abgenabelten Kinder haben viel bessere Aussichten zur Fortentwickelung, sie erleiden einen geringeren Gewichtsverlust und ersetzen ihn rascher und vollständiger.

Ausserdem löst sich die so entleerte Placenta leichter von der Uteruswand ab (?) und tritt leichter durch den inneren Muttermund hindurch.

Schellenberg (Leipzig).

---

14. **Parrot** und **Robin** (Paris). Gelbe Körper im ikterischen Urin der Neugeborenen.

(Revue mensuelle 1879. No. 5.)

In dem Sediment des Urins ikterischer Neugeborenen finden sich ganz constant gelbe Körper, die sich von den Bestandtheilen, welche man bei Stauungsikterus findet, wesentlich unterscheiden. Sie stellen unter dem Mikroskop unregelmässige, amorphe Massen von verschiedener Grösse dar, die frei im Urin schwimmen oder anderen Bestandtheilen, z. B. hyalinen Cylindern anhaften. Sie sind von goldgelber Farbe, durchsichtig, unlöslich in kaltem und heissem Was-

ser, löslich in warmem Alkohol, wenig löslich in Chloroform und Aether; Salpetersäure greift sie wenig an, erst nach längerer Zeit werden sie durch sie entfärbt und aufgelöst. Salzsäure färbt sie röthlich, Alkalien bleichen sie, ebenso Ammoniak, nach Zusatz von Schwefelsäure nehmen sie wieder eine Rosafärbung an.

Den Ursprung dieser Körper leiten die Autoren aus den rothen Blutkörperchen her, welche Umwandlung man an den Cylindern beobachten kann. Ferner findet man bei der Autopsie von Kindern, die gelbe Körper im Urin zeigten, häufig auf der Magenschleimhaut linsenförmige Plaques, in deren ulcerirte Mitte gleichfalls diese gelben Körper zu finden sind. Rothe Blutkörperchen, gehemmt in ihrem Lauf, starben ab und unterziehen sich rasch dieser Veränderung. Die gelben Körper des Urins entstehen jedenfalls in den Nieren, wo man sie constant antrifft. Beim Stauungsikterus finden sie sich selten oder in geringen Mengen.

Auf Grund dieser Beobachtungen schlagen die Verff. vor, den Ikterus neonatorum in zwei grosse Gruppen zu theilen: 1. Ikterus, bei dem der Urin keinen Gallenfarbstoff, aber, Derivate des Blutes, die gelben Körper enthält = hämatogener Ikterus, den sie wieder in eine leichte und schwerere Form theilen. 2. Ikterus, dessen Urin Gallenfarbstoff und nur accessorisch gelbe Körper enthält, der viel seltener ist und schwerer verläuft = hepatogener Ikterus.

Runge (Berlin).

Casuistik.

15. Aus der geburtshülflichen Gesellschaft von London.

(Sitzung vom 4. Decbr. 1878, 1. Januar 1879, Obstetr. Journ. of gr. Brit. and Irel. No. LXIX, Decbr. 1878, No. LXX, Jan. 1879, No. LXXI, Febr. 1879.)

Zwillingsplacenta. — Medullarsarkom des Cervix uteri. — Discussion über Koper's Vorlesung über Anteflexio.

Edis erklärt eine Zwillingsplacenta, die im 5. Monat ausgestossen, sie ist schmal, welk, fester als gewöhnlich, sehr dünn und hat einige napfförmige Vertiefungen über ihre Oberfläche zerstreut, welche feste Blutklumpen von Haselnussgrösse enthalten. Der Ehemann war früher syphilitisch, die Frau hat 3 Mal abortirt. Eine andere Placenta von Zwillingen um den 6. Monat ausgestossen, zeigt ca. 2 Gallonen Liquor amnii, namentlich in dem einen der beiden Amnionsäcke enthalten.

Galabin zeigt mikroskopische Schnitte eines Medullarsarkoms des Cervix. Von der Schnittfläche desselben lässt sich eine milchige Flüssigkeit ausdrücken, die kleine Zellen in Masse enthält; das Plattenepithel der Cervixschleimhaut war auf $^1/_4''$ im Quadrat durch Cylinderepithel ersetzt, worin zahlreiche proliferirende Drüsen; der Cervix selbst war infiltrirt mit einem Gewebe ähnlich dem zwischen den Drüsen, d. h. kleine Zellen in den Maschen eines Stromas. —

Bantock meint, in Fortsetzung der Debatte über Koper's Vortrag (s. das Referat in No. 3, Jahrg. 1879 des Centralbl. für Gynäkol. p. 69), dass, wenn auch die Anteflexion selbst, die man bei jungfräulichem Uterus fände, vielleicht congenital sei, die Beschwerden doch stetig wachsen und als erworben aufzufassen seien; auch kämen im Gegensatz zu dem von B. vorgezeigten Specimen Fälle vor, in denen die geknickte Stelle an der concaven Seite verdünnt sei. Er bedient sich in Fällen

frühen Stadiums der Sonde oder der Bougies, in späteren Stadien des intrauterinen Stiftes, aber bei schwerer Dysmenorrhoe und starker Flexion, wobei Verengerung des Os internum zu sein pflege, des bilateralen Einschnittes in den Cervix mit Einlegung anfangs eines Glycerinwattetampons und später nach Heilung der Wunde des Stiftes. Wynn-Williams dagegen will von dieser Operation nichts wissen, welche häufig Todesfälle verursache, fand auch die Bougies unzureichend, und wendet daher intrauterine Stifte von Hartgummi, an einem Gummischild befestigt, an; ca. 70 Pat., bei denen er sie benutzte, ertragen sie ohne alle Beschwerden 6—7 Monate lang, selbst auf Reisen; vor der Einlegung wird der Uterus mit der Sonde aufgerichtet. Nun entbrennt der alte Streit über intrauterine Behandlung heftig, Daly z. B. hat in 1 Fall nach Einlegung des Stiftes durch Williams am darauf folgenden Tage heftige Krämpfe, Savage 7 Todesfälle nach Anwendung des Hysterotoms, 2 nach der des intrauterinen Stiftes, ebenso auch Routh 3 Todesfälle nach Hysterotomie gesehen. Den Streit beendet Playfair, er beklagt die Meinungsverschiedenheit der Autoritäten in diesem wichtigen Gebiete. Die Wahrheit liege in der Mitte und es sei ebenso falsch, die mechanische Behandlung ganz zu verwerfen, als ihr allein zu vertrauen. Es gäbe eine grosse Zahl von Flexionen, die nur mechanisch zu behandeln seien, es gäbe aber auch andere Fälle, in denen mit der Flexion zugleich ein anderer krankhafter Zustand, z. B. eine Endometritis, verbunden sei, und in denen die mechanische Behandlung allein nicht zum Ziele führe, und schliesslich noch eine dritte Kategorie von Fällen, in denen der Uterus ganz unfähig sei, mechanische Behandlung zu ertragen. Er hält das Hewitt'sche Pessar für das relativ beste für Anteflexion, für welche es jedoch kein so gutes gäbe, wie das Hodge'sche für Retroflexion. Auch West schliesst sich Plaifayr's Ausführungen an. **Lühe** (Stralsund).

16. Aus der geburtshülflichen Gesellschaft zu Dublin.

(Sitzung vom 11. Mai, 8. Juni und 16. November 1878. The Obstetr. Journ. of gr. Brit. and Irel. Bd. LXIX, 1878, Decbr. p. 595, Bd. LXX, 1879. Januar, p. 648; Bd. LXXI, 1879. Februar, p. 720; Bd. LXXII, 1879, März, p. 793.)

Diagnose des Hydramnion. — Klinischer Bericht aus dem Rotundahospital für das Jahr bis zum 5. November 1877. — Neue Zange von Anderson. — Uterustumor. — Ueber puerperales, remittirendes oder septikämisches Fieber. — Klinischer Bericht über 752 Zangengeburten und über die Anlegung der Zange bei nicht völlig eröffnetem Muttermund.

George Kidd erklärt es für Hydramnion als pathognomonisch, wenn das Os uteri ganz hoch stände, so dass es mit dem Finger kaum oder gar nicht erreicht werden könne, während eine Ovariencyste mit oder ohne gleichzeitige Schwangerschaft den Uterus nach abwärts dränge. Freie Flüssigkeit in Abdomine kann durch die Beweglichkeit der Flüssigkeit erkannt werden, wogegen die Diagnose zwischen Hydramnion und Hydrovarium in höheren Graden sehr schwer sei, wenn die Contouren des Uterus nicht mehr erkennbar seien; es hätte bei der Diagnose noch die Anamnese, der Zustand der Brüste und die Gegenwart etwa palpabler Kindestheile zu leiten. Hiergegen macht Macan auf die Möglichkeit aufmerksam, dass der Zug einer Ovariencyste sehr wohl auch den Uterus nach oben ziehen könne. —

Atthill giebt eine ausführliche Uebersicht und Statistik seiner Hospitalthätigkeit. Unter den 1132 Entbindungen in dem stationären Entbindungshause sind: 96 Zangen (8,48 %), 9 Wendungen, 10 Mal Zwillinge, 31 Mal Fuss- und Steisslagen, 3 Mal Vorliegen von Hand oder Schulter, 4 Mal Gesichtslage, 9 Mal Nabelschnurvorfall, 12 accidentelle und 25 post partum Hämorrhagien, 3 Mal Placenta prävia, 11 Mal Adhärenz der Placenta, 2 Mal Krämpfe, 3 Mal Manie. Die Anlegung der Zange bei nicht ganz eröffnetem Os sei zwar häufig nöthig, aber freilich für das Kind gefährlicher; Tarnier's Zange habe keine Vorzüge vor den bekannten.

Aus der reichen Casuistik ist hervorzuheben: 1 Fall von durch Vorspringen des Promontoriums im geraden Durchmesser verengtes Becken veranlasst die Einleitung der Frühgeburt im 8. Monat; sie wird durch Einlegen eines elastischen Katheters

zwischen Uteruswand und Eihäute angestrebt, allein die Wehen sind nicht ausgiebig; combinirte innere und äussere Wendung auf 1 Fuss; Kind stirbt am 2. Tag, Mutter erhalten. Im 1. Fall setzte eine Zusammenschnürung des Os internum um den unteren Theil des Kindskopfes der Anlegung der Zange Schwierigkeiten entgegen, im 1. Fall von Placenta prävia war nicht wie sonst gewöhnlich nach Blutungen der Cervix erschlafft, sondern rigid und umfasste den nach der Wendung nachfolgenden Kopf fest, so dass perforirt werden musste, um die Zange anlegen zu können. Bei einer heftigen Hämorrhagie post partum wurden erfolglos 15 Unzen (450 g) definibrirten Blutes transfundirt. Im eklamptischen Anfall selbst wird Chloroform angewandt, nachher Bromkalium und hypodermatisch Chloral à 5 Gran gegeben, in 2 Fällen mit, in 1 Fall ohne Erfolg.

Von 6 zusammenliegenden Wöchnerinnen erkrankten 5 in einem Saal, der mit einem anderen von einer Erysipelaskranken eingenommenen Zimmer zusammenhängt, an leichten Puerperalfiebern, alle genasen. Im Ganzen starben nur 13 Wöchnerinnen = 1,15 % und zwar an Hämorrhagie 2, an Peritonitis 4, an Septikämie 4, an Convulsionen, Collaps und Pneumonie je 1. Unter den 603 Fällen der Poliklinik waren 480 regelmässige, 67 complicirte und regelwidrige Geburten, 56 Aborte, die obere Extremität lag 1 Mal, die untere 19 Mal vor, Nabelschnurvorfall 2 Mal; Hämorrhagie post partum 9, accidentell 4, secundär 1 Mal; Zwillinge 11, Convulsionen 2, Retentio placenta 9, Gesichtslage 1 Mal. Es wurden gemacht 25 Zangenapplicationen, 3 Wendungen, 2 Perforationen und Kephalotripsien (tödtlich); die 8 Todesfälle (1,33 %) vertheilten sich so: an Peritonitis 3, Metritis 2, Hämorrhagie 2, Bronchitis 1. Die auf diesen Vortrag folgende Discussion betrifft hauptsächlich die Anwendung der Zange vor völliger Erweiterung des Muttermundes, offenbar ist die Tendenz vorwiegend, sie aufs Aeusserste einzuschränken. — Kidd weist eine neue Zange von Anderson (Liverpool) vor, welche zumal eine geringere Kopfkrümmung hat als die älteren, und dadurch wohl das Leben der Frucht durch Compression des Kopfes gefährden dürfte. — Kidd zeigt einen Uterustumor vor, welcher 3 Tage vorher durch Stoker im Richmondhospital exstirpirt worden war und bei welchem er zwischen Annahme eines Uterus- oder Ovarientumors geschwankt hatte. Er wog 12½ ℔. und hatte durch Gefahr drohende Symptome zur Operation gezwungen, welche nach dem bisherigen günstigen Verlauf gelungen zu sein scheint. Der Tumor sass am vorderen Theil des Fundus und hatte einen langen gestielten Fortsatz, welcher für sich äusserst beweglich war, so dass 2 Geschwülste zu bestehen schienen und zwar wahrscheinlich Ovarientumoren, da K. diese extreme Beweglichkeit nur 3 Mal bei Ovarientumoren gesehen hatte (einmal war durch Torsion des langen Stieles Gangrän des Tumors und Septikämie eingetreten); offenbar waren geringe Mitbewegungen der Hauptgeschwulst wegen ihrer glatten Oberfläche dem Gefühl entgangen. Führte man die Uterussonde ein, so bewegte sich deren Handgriff beim Hin- und Herschieben des oberen Tumors nach der entgegengesetzten Seite wie dieser, ganz im Gegensatz zu dem gewöhnlichen Verhalten; offenbar hat ein hinterer Fortsatz, fest neben der Lendenwirbelsäule gelegen, eine Art Hypomochlion gebildet, um welches sich das Ganze drehte; auch dies schien eher beim Ovarien- als beim Uterustumor möglich. Der auch nach der Exstirpation noch Fluctuation vortäuschende Tumor, wohl ein weiches Myom, war früher von einem Arzt im Glauben, es mit einer Ovariencyste zu thun zu haben, punctirt worden. Atthill hatte diese Punction als Probepunction gemacht und Macan ihr beigewohnt, beide hielten sich nach der Erfolglosigkeit derselben überzeugt, dass es ein Uterusfibroid sei, ein Argument, dessen Richtigkeit Kidd mit Recht bestreitet, da Colloidcysten bei Punction keine Flüssigkeit entleeren. —

Surgeonmajor Jos. Johnston referirt des Genaueren 6 Fälle von Fieber in Puerperio, welches einen mehr oder weniger stark remittirenden ein- oder mehrtägigen Charakter trägt und welches er anfangs auf Complication mit Malariafieber bezog, später aber als septikämische Infection leichteren Grades ansehen zu müssen glaubt, obgleich in einigen Fällen nur geringe, in den meisten gar keine Localaffectionen vorhanden gewesen seien. Mc Clintock bestätigt die Richtigkeit dieser Ansicht und erklärt, wenn auch alle Fieber einen mehr oder weniger remitti-

renden Typus zeigten, dies noch mehr mit solchen der Fall sei, welche puerperale Processe begleiteten; selbst bei tödtlich verlaufenden Fällen könnten übrigens die Localerscheinungen ganz gering sein. Dennoch glaubt er, dass auch wahres Intermittens im Puerperium vorkäme. Aus der weiteren Discussion ist nur hervorzuheben, dass Macan solche Fälle als Milchfieber ansehen will in Uebereinstimmung mit einem in einer früheren Sitzung gehaltenen Vortrag, über den hier aber nicht referirt wurde, da die ihm zu Grunde liegenden thermometrischen Beobachtungen, als auf einmaligen täglichen Messungen beruhend, deutschen Anforderungen in dieser Richtung nicht entsprechen konnten. — George Johnston empfiehlt, mit der Anlegung der Zange nicht zu sparsam zu sein, in den 7 Jahren seiner Thätigkeit am Rotundahospital in Dublin hat er sie unter 7862 Fällen 752 Mal, d. h. in 9,56 % angelegt, die Vertheilung derselben und ihr Resultat ergiebt folgende Tabelle:

	Kinder								Starben Mütter	
	Summa		lebend | todt geboren				starben noch		total	im Verhältniss
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.		
Primiparae 554	335	219	316	214	19	5	27	15	48	1 : 11½
Pluriparae 198	111	87	93	75	18	12	10	8	10	1 : 19½
Summa 752	446	306	409	289	37	17	37	23	58	1 : 13

In 169 Fällen oder 23,80 % der sämmtlichen Zangen oder 2,14 % aller Geburten war der Muttermund noch nicht ganz eröffnet und J. giebt als einzige Bedingung sine qua non für einen geschickten Accoucheur an, dass das Os dilatirbar sein müsse. In der Mehrzahl dieser Fälle handelte es sich um Primiparae und zwar war die Veranlassung zur beeilten Zangenapplication in 110 Fällen zu frühzeitige Ruptur der Eihäute, in 30 Druck der vorderen Muttermundslippe, in je 3 schlechte Kopfstellung, Disproportion und accidentelle Hämorrhagie, in je 5 Nabelschnurvorfall und Convulsionen, in 6 Beckenverengerung, in 2 Erschöpfung und je in 1 Placenta prävia und Laryngitis. Von den Kindern starben 33 = 19,5 %, von den Müttern 9 = 5,3 %, bei 59 war das Os uteri nur bis auf $^2/_5$, bei 71 auf $^3/_5$ und bei 39 auf $^4/_5$ erweitert. Bei 537 aller mit der Zange Entbundenen wurde Chloroform angewendet. Kidd vergleicht die Mortalität Johnston's, welcher 2,27 % aller seiner Wöchnerinnen durch den Tod verlor, mit derjenigen aller früher das Hospital leitenden Aerzte, welche im Durchschnitt von 156100 Wöchnerinnen 1903 = 1,21 % verloren, ein Verhältniss, das nicht für die häufigere Anwendung der Zange unter J.'s Regime spräche. Aehnlich wäre es auch mit der häufigen Anwendung der Zange vor hinreichender Dilatation des Os. Mc. Clintock schliesst sich dem an, und bekämpft namentlich auch die zu grosse Freigebigkeit mit Chloroform, wogegen Johnston zu beweisen sucht, dass das Mortalitätsverhältniss seiner Zangenapplicationen eher besser, als das seiner Vorgänger, und die grössere Mortalität nicht von der häufigeren Anwendung der Zange, sondern von zufälligen Verhältnissen verursacht worden sei. **Lühe** (Stralsund).

17. C. **Williams** (New-York). Fall von Tubenschwangerschaft mit Ausstossung des 3monatlichen Fötus durch die normalen Geburtswege. Heilung. — (New-York med. Journ. 1878. December.)

Pat., 29 Jahre, Irländerin, angeblich Primigravida, seit 4 Monaten verheirathet, 21. Mai 1878. Menstruirte am 28. Mai zum letzten Mal. Pat. entwickelte bald die gewöhnlichen Schwangerschaftszeichen, Uebelkeit, Schwellung der Brüste, Blasendruck etc. Im Laufe des Sommers wiederholte leichte Vaginalblutungen, An-

fang September eine heftige Blutung, welche mit September 15 wiederholte. Verf. sah Pat. am 16., fand Cervix lang, wenig erweicht, Os ext. geschlossen, Uteruskörper scheinbar deutlich vergrössert. Hielt den Fall für einen einfachen drohenden Abortus. Morphium. Am 18. klagte Pat. über ziehende Schmerzen in der linken Seite des Unterleibs. Uterus antevertirt, Fundus in der rechten Beckenhälfte, links eine elastische, längliche Geschwulst von etwa Faustgrösse, sehr empfindlich gegen Druck. Zwischen Uterus und Geschwulst von der Vagina aus ein deutlicher Sulcus, von oben nicht; Druck auf den Tumor bewegte den Uterus und vice-versa. Blasen- und Darmfunctionen normal. Die Untersuchung zeigte nun auch, dass Pat. geboren hatte und sie gestand, vor 7 Jahren eine normale Entbindung durchgemacht zu haben. Verf. diagnosticirte eine linksseitige Tubenschwangerschaft, und bat Ref., den Fall zu sehen. Nach genauer Untersuchung stimmte Ref. mit der Diagnose von Grav. extraut. überein, glaubte jedoch wegen des intimen Connex der Geschwulst mit der linken Uteruswand eher eine Grav. tubo-uterina, als tubalis annehmen zu müssen (eine durch den Ausgang des Falles bekräftigte Annahme Ref.). Zwischen Geschwulst und rechtem Uterushorn war übrigens eine seichte, aber deutliche Depression. Bauchdecken schlaff, Palpation leicht. In der Sicherheit, dass die Uterushöhle leer sei, führte Ref. eine Sonde ein, was ohne Schmerzen leicht gelang. Die Sonde glitt sofort nach rechts ein, bis zur Tiefe von 7,5 cm; nach links liess sich die Spitze durchaus nicht bewegen, es schien Verf. (der die Sondeneinführung wiederholte) und Ref., als ob die linke Uteruswand nach innen gebuchtet war. Der Uterus war offenbar leer. Die Diagnose war klar. Zum Zwecke der Aspiration des Sackes wurde eine Zusammenkunft am nächsten Morgen beschlossen. Am Abend desselben Tages bohrende Schmerzen in der Gegend des Tumors, welche, trotz Morphium, in der Nacht zunahmen und gegen Morgen rhythmisch wurden, mehrere grosse Coagula wurden ausgestossen, Pat. sah collabirt aus und Verf. fürchtete Ruptur des Sackes. Plötzlich wurde jedoch, unter den heftigsten Schmerzen ein Fötus männlichen Geschlechts per vaginam ausgestossen, der 8 cm Länge hatte. Eine sofortige Untersuchung, von Verf. und Ref. gemacht, erwies, dass die linksseitige Geschwulst gänzlich geschwunden war. Der Fötus schien etwa 10 Wochen alt zu sein. Verf. führte nach kurzer Zeit den Finger in die Uterushöhle bis an den Fundus und entfernte die lose in der Uterushöhle liegende Placenta. Nirgends konnte der Finger eine Rauhigkeit auf der Uterusinnenfläche entdecken. — Pat. machte bis auf wenige Fiebererscheinungen ein gutes Wochenbett durch. Fünf Wochen später untersuchte Verf. die Pat., und fand den Uterus 3" lang, beweglich, im linken breiten Mutterbande eine kleine Verdichtung. Verf. erklärt seine Hypothese der Expulsion des Fötus aus der dilatirten Tube dadurch, dass er eine Verdickung der Tubenwandungen durch chronische Salpingitis annimmt, wodurch die Tube Kraft genug gewann, den Fötus in die Uterushöhle zu pressen. Als Beleg citirt er einen Fall von Guillmot (Arch. Gén. de med. Bd. XXVIII), in dem ein Fötus in der Tube ausgetragen und per Vias naturales geboren wurde; ferner einen Fall von Laugier (Journ. de med. et Chirurgie 1774), der nach Entfernung der Placenta bei einer normalen Geburt eine Geschwulst im Unterleibe fühlte, die Hand einführte und mit dem Finger in der dilatirten Tube fühlte, was er für einen eingekapselten, vor mehreren Jahren gestorbenen Fötus hielt. (Scheint doch eine etwas gewagte Annahme zu sein. Ref.) Verf. meint, dass die bekannten Fälle von Braxton Hicks, Poppel und Widney nicht hierher gehören, da dieselben zweifellos interstitiell waren, ebenso wie der von MacBurney (s. Centralbl. für Gynäk. 1878. No. 15). Verf. hält die im letztgenannten Referate angegebene Therapie des Dilatirens der Uterushöhle und der Tubenmündung behufs Expulsion der Frucht auf diesem Wege für die beste. **P. F. Mundé** (New-York).

18. **A. C. Rakin** (Chicago). Fall von Eklampsie, Uterusruptur. Genesung. — (Chicago med. Journ. and Exam. 1878. December.)

Pat. 23 Jahre, 7 Monate in der 2. Schwangerschaft. Sehr heftige eklamptische Convulsionen. Chloroform. Blasenstich. Während Verf. sich auf die Wendung

vorbereitete, traten eine starke Wehe und ein heftiger Anfall zusammen ein, Pat. fiel plötzlich collabirt zurück und schien im Sterben zu sein. Verf. gab schnell Analeptica, führte die Hand ein und das Kind durch einen Riss in der linken Uteruswand bis an die Achseln in der Bauchhöhle liegend. Er ergriff schnell die Füsse und extrahirte es; es war todt. Die Placenta wurde ebenfalls aus der Bauchhöhle entfernt, mit der Hand die Bauchhöhle von Blutgerinnseln gesäubert, etwa ein Fuss des vorgefallenen Dünndarms reponirt, und die Hand dann in der Uterushöhle gegen den Riss gehalten, bis nach 1/2 Stunde der Uterus sich contrahirte. Der Riss erstreckte sich von 2,5 cm oberhalb der Scheideninsertion etwa 16 cm nach links und aufwärts. Nach Contraction des Uterus war der Riss noch 6—8 cm lang. Keine Krämpfe mehr; Pat. am nächsten Tage noch besinnungslos. Peritonitis; Terpentinumschläge, Opium, Laxantien, Veratrum viride, kalte Abwaschungen. Allmälige Besserung. Am 10. Tage Durchbruch von etwa 50 g Eiter per vaginam. Ungestörte Heilung. Abortirte 6 Monate später, und wurde 1 1/2 Jahr nach der Ruptur vom Verf. von einem ausgetragenen Kinde leicht entbunden, und machte ein gutes Wochenbett durch. **F. P. Mundé** (New-York).

19. **Arrigo** und **Fiorani** (Lodi). Weiblicher Scheinzwitter.

(Annali Univ. di med. e chirurg. 1879. März.)

Die Anomalie wurde zufällig bei der Section entdeckt. Das Individuum, welches durch 68 Jahre als Mann gelebt hatte, zeigte ein durchaus männliches Aeussere. Lippen und Kinn waren ziemlich stark behaart. Von der Lebensgeschichte ist wenig bekannt, namentlich nichts bezüglich der Aeusserungen der Geschlechtsthätigkeit.

Der Penis (Clitoris) ist daumendick, 8 cm lang. Glans gut entwickelt. Schwellkörper der Urethra fehlt. Labien, Hymen etc. rudimentär entwickelt, aber deutlich. Die Urethra weiblich, kurz, mündet jenseits der Hymenalfalte. Vagina, Uterus, Tuben, Ovarien wie bei allen jungfräulichen Individuen. Die Eierstöcke konnten nicht näher untersucht werden, so dass sich nicht sagen lässt, ob Ovulation stattgefunden habe. **Liebman** (Triest).

20. **F. Ahlfeld** (Leipzig). Ueber einen Monopus mit vollständigem Mangel der äusseren Genitalien und des Afters, nebst Bemerkungen: 1. Zur Lehre von der Aetiologie der Sirenenbildung und 2. zur Lehre von der Thätigkeit der fötalen Niere und Harnblase.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 2.)

Die fast ausgetragene, frische Frucht zeigte einen ganz normal entwickelten Oberkörper, dagegen nur eine untere — die linke — Extremität und keine Spur eines Afters oder äusserer Geschlechtstheile. Bei der Skelettirung zeigte es sich, dass auch die ganze rechte Beckenhälfte nebst den zugehörigen Gefässen und Nerven mangelte. Die Nabelschnur enthielt nur eine direct aus dem Lumbaltheile der Aorta kommende, sehr starke Arterie; die Aorta setzte sich direct in die linke A. iliaca fort. Rectum, Blase, Uretheren und Nieren fehlten ebenfalls, an Stelle der letzteren langen die stark vergrösserten Nebennieren. Zur Seite der Wirbelsäule lag jederseits ein Ovarium mit je einer Tube; letztere vereinigten sich in der Nähe des Darmendes zu einem feinen Faden, der nach dem obliterirten Darmstück hinzog.

Im Anschluss hieran werden einige hierher gehörige Fälle aus der Literatur referirt.

ad 1. Als primäres, ursächliches Moment der Sirenenbildung betrachtet Verf. nach dem Vorgange Förster's die rudimentäre Anlage des Schwanzendes — Kreuz-Steissbeins — oder die abnorme Abknickung dieses Knochens nach hinten, während er die Gefässanomalie (Weigert'sche Theorie) als secundäre Erscheinung ansehen zu müssen glaubt.

ad 2. Die Fälle von vollständigem Mangel oder Verschluss des Harnapparates sind für die Frage, ob der Fötus während des Intrauterinlebens Urin in das Fruchtwasser entleere, von der grössten Bedeutung. Der A.'sche Fall gestattet

den Schluss, dass die Niere ein Organ ist, welches während des intrauterinen Lebens bedeutungslos sein kann. Er lässt ferner die Vermuthung zu, dass vielleicht auch unter normalen Umständen die Niere intrauterin bedeutungslos ist und ihre Function erst in partu beginne.

Für die Thätigkeit der fötalen Niere wurden 3 Beweise angeführt:

1. Der Harnstoffgehalt des Fruchtwassers (Prochownick), die daraus gezogenen Schlüsse bekämpft von Fehling.

2. Anstauung von Urin bei Verschluss der Harnröhre — beweist nichts, da es sich dabei stets um kranke, in der Mehrzahl der Fälle sogar um todte Früchte handelt.

3. Der scheinbar unwiderlegbare Beweis Gusserow's, die nur in der Niere vor sich gehende Umwandlung der Benzoësäure in Hippursäure; A. wendet dagegen ein, dass die Umwandlung der Benzoësäure in Hippursäure wohl in der Niere, aber nicht in den Harncanälchen, sondern in den Gefässen stattfindet, der Fötus also die bei ihm gefundene O Säure fertig von der Mutter erhalten haben kann, dass ferner möglicher Weise diese Umwandlung in der Placenta stattfindet, da diese doch ein Organ ist, welches für den Fötus die Nierenfunction zeitweise übernimmt.

Ueberhaupt könnten die Gusserow'schen Versuche nur beweisen, dass der Fötus in partu in das Fruchtwasser urinire, nicht aber vor. A. hält es deshalb für wahrscheinlich, dass unter normalen Verhältnissen die fötale Niere nur sehr wenig und sehr langsam Harn absondert, eine Entleerung in die Amnionhöhle aber gar nicht stattfindet, dass allerdings unter pathologischen Verhältnissen, besonders der Circulation, wie sie häufig intra partum auftreten, eine vermehrte Secretion und auch eine Entleerung nach aussen vorkommen kann, auf keinen Fall aber der fötale Urin einen quantitativ beträchtlichen Bestandtheil des Fruchtwassers ausmacht. **Schwarz** (Halle a/S.).

21. **P. Felsenreich** (Klinik G. Braun, Wien). Hämophilie in der ersten Lebenswoche.

(Wiener med. Presse 1879. No. 8.)

Nach Erwähnung der bezüglichen literarischen Daten beschreibt Verf. ausführlich einen Fall (das 4. Kind einer unverehelichten Frau) von Nabelblutung, den er als durch hämorrhagische Diathese veranlasst hinstellen zu können glaubt. Das sonst kräftige Kind starb unter sich wiederholten Nabelblutungen am 11. Tage p. p. Die Section ergab nichts als hochgradige Anämie aller Organe. Die Eltern des Kindes und die Familien der ersteren litten nicht an Hämophilie, doch war das 3. Kind der Frau eben an einer Nabelblutung am 4. Tage p. p. gestorben und die Section hat an verschiedenen Stellen des Körpers Blutextravasate gezeigt. Das 1. Kind der Frau starb mit 2 Jahren an Hydrocephalus, das 2. Kind ist gesund. **Bandl** (Wien).

22. **Goède.** Angeborener Verschluss des Anus. Erfolgreiche Littre-sche Operation; darauf Anlegung eines Perinealafters.

(Archives de Tocologie 1879. Febr.)

Als Grund, weshalb erst bei dem $1^1/_2$ Tage alten Kinde die Littre'sche Operation und erst secundär der Perinealafter gemacht wurde, giebt Verf. Schwäche des Kindes an. Goède wählte die rechte Ileo-Cöcalgegend, weil nach seinen Untersuchungen sich dort häufiger das S romanum beim Neugeborenen fände. Die Operation war von entschiedenem Erfolge. Das Kind benutzte ohne Störung, bis zu seinem 4. Jahre, wo es starb, den Rectalafter. **Ahlfeld** (Leipzig).

Berichtigung: No. 11, Z. 24 v. o. muss es heissen statt: »Fruchtwasser eine seröse« Fruchtwasser solchen als seröse. — Ebenso Z. 2 v. u. statt uriniren lies secerniren. Red.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S. (Margarethenstrasse 5), an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart (Alleenplatz 3), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Dritter Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 15 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

N°. 14. Sonnabend, den 5. Juli. **1879.**

I. Chemische Analyse des Gasinhaltes bei einem Falle von Colpohyperplasia cystica (Winckel), Vaginitis emphysematosa (Zweifel).

Von

Dr. J. Klauser, emer. Assistent am path.-chem. Institute und **Dr. E. Welponer**, Assist. an Hofrath C. v. Braun-Fernwald's Klinik

in Wien.

Unter den verschiedenen Publicationen, die in neuerer Zeit über diese eigenthümliche Scheidenaffection erschienen sind, finden sich nur an zwei Stellen (Eppinger und Zweifel) nähere Angaben über den Gasinhalt der Luftcysten.

Während Eppinger ganz einfach angiebt, dass die Bläschen, »wie die gleich vorgenommene Untersuchung lehrte«, atmosphärische

Luft enthielten, ohne sich über die Methode der Analyse auszusprechen, lesen wir am Schlusse der Zweifel'schen Abhandlung folgenden Passus: »Danach wird Niemand die Wahrscheinlichkeit meiner Annahme bestreiten können, dass auch die drüsigen Gebilde der Vagina Trimethylamin absondern und beim Verschluss der Drüsenmündungen durch Weitersecerniren die starke Ausdehnung derselben herbeiführen können«. Nun hat der genannte Autor nach seiner Angabe den sicheren Nachweis von Trimethylamin in der Vagina einer Patientin geliefert; leider misslang ihm aus äusseren Gründen der entscheidende Versuch dasselbe auch in den Luftbläschen nachzuweisen.

Gegen das Vorkommen des Trimethylamins in der Vagina lässt sich a priori nichts einwenden, dasselbe gilt aber nicht für die Zweifel'sche Ansicht, dass dieses auch in den Cysten enthalten sei; finden wir gerade in seiner Arbeit zwei Stellen, die uns direct dagegen zu sprechen scheinen:

1) die Angabe, dass beim Einstechen der Cysten unter Wasser eine Luftblase aufstieg, während bekanntlich Trimethylamin ebenso leicht absorbirbar wie Ammoniakgas ist (1 cbm Wasser nimmt 1 Liter Gas auf — Gmelin, Handbuch der Chemie);

2) die von den Chemikern gemachten Angaben über den Siedepunkt dieses Stoffes bei 9,3° C., nach Anderen bei 4—5° C. Es müsste dann, mit Berücksichtigung der Körpertemperatur, der Gasinhalt sich unter dem ausserordentlichen Drucke vieler Atmosphären befinden und man könnte dann die Frage aufwerfen, wie es denn möglich sei, dass die dünne, durchscheinende Cystenwand einer solchen Spannung Widerstand leisten könne.

Da sich gerade auf der Klinik ein Fall mit besonders reichlicher Cystenentwicklung befand, der eine ergiebige Ausbeute versprach, so unterzogen wir den Gasinhalt einer Analyse, um womöglich zur Klärung dieser principiell wichtigen Frage Einiges beizutragen. Jeder Fachcollege, der sich mit diesem Thema beschäftigt hat, kennt die Schwierigkeiten einer solchen Untersuchung und die Bedenken, die man dagegen erheben kann. Deshalb wollen wir das von uns angewandte Verfahren genau beschreiben, damit jeder einsehen könne, in wie weit unsere Arbeit auf Richtigkeit Anspruch haben darf und damit im Falle weiterer Controlversuche zu keinen Missverständnissen Anlass gegeben werde.

Die Schwangere, an der wir unsere Untersuchung vornahmen, war eine 34jährige IIgravida. Sie befand sich nahe dem regelmässigen Schwangerschaftsende und zeigte einen copiösen weissen Ausfluss. Das Secret, mit Lackmuspapier geprüft, ergab eine stark saure Reaction. Nach Freilegung der hinteren Scheidenwand, an welcher hauptsächlich die Cysten zu finden waren, mittelst eines Simon-schen Speculums und zweier auseinandergehaltenen Finger, versuchten wir mittelst eines in concentrirte Salzsäure eingeführten Glasstabes, die dem Ammoniak und dessen Substitutionsproducten charak-

teristischen dichten weissen Nebel nachzuweisen. Diese öfters ausgeführte Probe misslang vollkommen, auch dann als wir einzelne Cysten mittelst Einstich eröffneten. Wohl beobachteten wir salzsaure Dämpfe, die einfach durch den Einfluss der Körperwärme entstanden.

Um uns direct über die Art des in den Cysten eingeschlossenen Gases zu überzeugen, bedienten wir uns einer Pravaz'schen Spritze, die in einen kleinen Dieulafoy umgeändert wurde, dadurch dass die sonst nur zum Anstecken eingerichtete Canüle zum Anschrauben mit Lederdichtung gemacht wurde, so dass auf keine Art zwischen Spritze und Canüle Luft aspirirt werden konnte. Die Spitze der Canüle wurde so kurz als möglich abgeschliffen, damit auch bei geringer Tiefe der Cyste die Oeffnung der Canüle sich innerhalb der Cyste befinden musste.

Die Spritze wurde zunächst zur Hälfte mit destillirtem Wasser gefüllt, sorgfältig alle Luft entfernt und dann das Wasser bis zu einem Drittel aus der Spritze herausgedrückt, so dass zwei Drittel zur Aspiration verwendet werden konnten. Das in der Spritze zurückgebliebene Wasser diente zur Absperre und als Absorptionsmedium für leicht absorbirbare Gase.

Mit einer solchen Spritze wurden die grösseren Cysten rasch angestochen und hierauf der Stempel sehr vorsichtig etwas zurückgezogen, wobei der Eintritt einer kleineren oder grösseren Gasblase, je nach der Grösse der Cysten, regelmässig beobachtet wurde. Die Spritze liessen wir noch kurze Zeit in situ, damit sich der Stempel dem Drucke accommodiren könne, dann wurde eine neue Cyste in gleicher Weise ausgepumpt, so lange als es der verfügbare Raum der Spritze gestattete.

Die gefüllte Spritze wurde sogleich in das chemische Laboratorium des Herrn Prof. Ludwig übertragen und in ein sehr langes Eudiometer überfüllt. Das Wasser, welches als Abschluss zu dienen hatte, wurde auf ein Uhrglas, so weit als möglich ausgespritzt, die Canüle unter Quecksilber abgeschraubt und das Gas in das Eudiometer gepresst. Diese Operationen wurden ohne besondere Schwierigkeiten ausgeführt und zwar unter persönlicher Mitwirkung und Controle des Herrn Prof. Ludwig selbst, der uns auch bei der ganzen Untersuchung freundlichst unterstützte, wofür wir ihm unseren besonderen Dank hiermit aussprechen. Da wir Tags zuvor schon eine Voruntersuchung zur Prüfung unseres Instrumentes unternommen hatten, so machten wir damals eine Vorprüfung mit dem tadellos aufgefangenen Gase auf Kohlensäure, welche jedoch negativ ausfiel und wussten deshalb, dass durch Absorptionsmittel nichts zu erreichen wäre, da ja alkalische Gase, wie Ammoniak und Trimethylamin im Absperrwasser sich hätten absorbirt vorfinden müssen. Es wurde daher bei der eigentlichen Hauptuntersuchung die Verbrennungsanalyse in der gewöhnlichen Weise durchgeführt, wovon nur die Beobachtungszahlen und die Resultate wiedergegeben werden sollen:

1. Beobachtung. Gasvolum welches zur chemischen Untersuchung verwendet wurde.

$a = 12$ mm $t = 18{,}6^\circ$ C. $b = 746$ mm $u = 676$ mm
$V = 17{,}4$.

2. Beobachtung. Gasvolum nach Zusatz von reinem Wasserstoffgas:

$a = 51$ mm $t = 18{,}9^\circ$ C. $b = 746$ mm $u = 676$ mm
$V = 57{,}5$.

3. Beobachtung. Gasvolum nach Zusatz von elektrolytischem Knallgas und Verpuffung des Gemenges.

$a = 51$ mm $t = 18{,}9^\circ$ C. $b = 742{,}5$ mm $u = 676$ mm
$V = 57{,}5$.

NB. a bezeichnet die Millimeter am Eudiometer, t die Temperatur in Graden des 100theiligen Thermometers, b den Barometerdruck und u den äusseren Quecksilberstand am Eudiometer in Millimeter ausgedrückt.

Mit Hülfe der bekannten Formel $v = \frac{V\,(b - (b_{,} + b_{,,})}{(1 + 0{,}00366\ t)\ 760}$, wobei V das abgelesene Volum des Gases, b den Barometerstand, $b_{,}$ den Gegendruck der Quecksilbersäule $(u - a)$, und $b_{,,}$ die Dension der Wasserdämpfe in Millimeter des Quecksilberbarometers bezeichnet, wurde das auf 0° und 760 mm Druck rectificirte Volum von v berechnet.

Die Resultate waren
1. $v = 1{,}42$
2. $v_{,} = 7{,}34$
3. $v_{,,} = 7{,}09$.

Wird nun 3 von 2 i. e. $(v_{,} - v_{,,})$ abgezogen, so entspricht dies dem Volum des bei der Verpuffung mit Wasserstoffgas verschwundenen Gases. Da v gleich ist dem untersuchten Gasvolum, so folgt die procentische Zusammensetzung des Gases aus der Formel $x = \frac{(v_{,} - v_{,,})\ 100}{v} = 17{,}6$, d. h. die Menge des bei der Verbrennung mit Wasserstoff und Knallgas verschwundenen Gases beträgt 17,6 % und dieses Gas kann nur Sauerstoff sein. Der Rest ist Stickstoff, da Kohlensäure bestimmt ausgeschlossen ist. Eben so können aus der Geruchlosigkeit des Absorptions- und Absperrwassers, sowie aus dem Fehlen jeder Reaction auf Pflanzenfarbstoffe, organische Gase (Trimethylamin) ausgeschlossen werden.

Das in den Cysten eingeschlossene Gas ist demnach ein Gemenge von Sauerstoff und Stickstoff, welches mit der grössten Wahrscheinlichkeit der atmosphärischen Luft seinen Ursprung verdankt. Der auffallende Umstand, dass der Sauerstoffgehalt um fast 4 % vermindert ist gegenüber dem der atmosphärischen Luft, lässt sich durch Absorption desselben von Seiten der Gewebe erklären und spricht gerade zu Gunsten unserer Untersuchung, indem dadurch der Beweis geliefert ist, dass wir nicht einfach Luft aus der Vagina mit der Pravaz-schen Spritze aspirirt haben.

II. Zur Physiologie der Nachgeburtsperiode.

Eine Replik

von

Adrian Schücking.

Mein in No. 12 des Centralbl. für Gynäkologie veröffentlichter Aufsatz: »Neue Beiträge zur Abnabelungstheorie« hatte zunächst zur Folge, dass L. Meyer in einer bez. Entgegnung in No. 13 dess. Bl. uns in einer kurzen Darlegung die Gründe seiner Ueberzeugung entwickelte.

M. stützt sich 1. auf Wiener's und seine eigenen Untersuchungen über den Blutgehalt der Placenta; 2. »auf Untersuchungen über die Kreislaufsverhältnisse in der Nabelschnur. Während das Blut dem Kinde durch die Vene zuströmt, verlässt es dasselbe ja wieder durch die Arterien. Ob die Zufuhr grösser als der Abfluss sei, ist schwer zu bestimmen. Wenn aber das Kind mit verschlossener Glottis exspirirt, was oft in den ersten Secunden nach der Geburt stattfindet, fühlt man nicht selten, dass hierdurch das Blut auch durch die Vene aus dem Kinde ausgepumpt wird. Folglich ist es in jedem einzelnen Falle zweifelhaft, ob Blut dem Kinde dadurch zugeführt wird, dass man mit der Abnabelung wartet. Die Wägungen, die sofort nach der Geburt und wieder kurz danach, noch vor der Abnabelung unternommen worden sind, sind nicht überzeugend«.

Diese von M. angeführten Gründe müssen nun folgenden Erwägungen gegenüber hinfällig werden.

Erstens sind die Untersuchungen über den Blutgehalt der Placenta, bei der Unmöglichkeit einer scharfen Trennung zwischen dem Blutgehalt des Fötalantheils der Placenta und des mütterlichen Antheils derselben von zweifelhaftem Werth. Zweitens ist die Behauptung »während das Blut dem Kinde durch die Vene zuströme, verlasse es dasselbe ja wieder durch die Arterien«, irrig. Wenn M. meine erste Arbeit[1]) genau gekannt hat, so dürfte ihm schon damals eine hierauf bezügliche Bemerkung kaum entgangen sein. M. übersieht, dass bei dem hochgradigen Druck, unter dem die Placenta nach der Entbindung steht, eine mehr oder minder beträchtliche Stauung in den Nabelarterien entstehen muss. Der auf der Placenta lastende Druck ist, wie mir meine Messungen mit dem Manometer in der Nabelvene zeigten, ein verhältnissmässig enormer (über 100 mm während der Wehe). Der Druck, unter dem das Blut nach der Entbindung in den Nabelarterien steht, muss hiergegen vollständig verschwinden. Der Uterus ist in seinen Kraftleistungen bei weitem ausgiebiger als das Herz eines Neugeborenen. Nach der ersten Inspiration des Kindes wird die Strömung in der Nabelvene durch die aspirirende Wirkung des negativen Thoraxdrucks noch beschleunigt, und Platz für

---

[1]) Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 1.

das einströmende Blut geschafft. Zugleich muss aber durch Eröffnung des Lungenkreislaufs der Druck in der Bauchaorta des Kindes so bedeutend sinken, dass an den mit starken circulären Muskelschichten ausgestatteten Nabel- und Placenta-Arterien durch das Uebergewicht der Gefässmuskulatur über den Inhalt der Gefässe sehr bald ein vollständiger Verschluss ihres Lumens entstehen wird. Drittens muss es einigermassen befremdlich erscheinen, dass M. so wenig Gewicht auf die von Illing, Hofmeyer und mir angestellten Wägungen der Neugeborenen post partum legen möchte. Unsere Untersuchungen, die in Summa immerhin eine beträchtliche Anzahl ausmachen und die man doch nicht ohne weiteres als Phantasiegebilde ansprechen dürfte, ergeben ein ziemlich übereinstimmendes Resultat, und sind von jedem der Beobachter unter dem strengsten Cautelen in verschiedenster Weise angestellt. Was die Bemerkung von M. anlangt, es sei unmöglich, die Neugeborenen während der ersten Secunden nach der Geburt zu wägen, so trifft auch dieser Einwurf nicht zu. Wenn M. sich mit den einschlägigen Arbeiten bekannt gemacht hat, so dürfte ihm aus den vortrefflichen Illing'schen Untersuchungen folgende Mittheilung nicht entgangen sein, die ich hier wörtlich wiedergebe: »Sofort nach beendigter Geburt des Kindes wurde bei Seitenlage der Mutter das Neugeborene, durch die unversehrte Nabelschnur mit der Placenta in Verbindung bleibend, auf eine neben dem Geburtsbett aufgestellte, recht genaue Decimalwaage gebracht. Sodann comprimirte ich, wenn ich es nicht schon zuvor durch Eingehen mit der Hand in die Scheide konnte, die Nabelschnur 5 cm weit vom Nabelringe entfernt mit den Fingern, um die erste Wägung des Kindes vorzunehmen; sorgfältig suchte ich zugleich irgend welche Zerrung der Schnur selbst dabei zu vermeiden. Dieses Anfangsgewicht kann man, wie die Controlversuche nach Durchschneidung der Nabelschnur bewiesen, mit grosser Genauigkeit bestimmen, ohne dabei bedeutender Geschicklichkeit und grosser Eile zu bedürfen. Nach Bestimmung des Gewichts hörte ich sofort mit der Compression auf, um Blut zu dem Kindeskörper hinzutreten zu lassen und comprimirte erst wieder, wenn ich von Neuem eine Wägung vornehmen wollte, so dass in genau bestimmten Abschnitten die Gewichtszunahme festgestellt ward«.

Wenn M. auf die grossen Differenzen in meinen Untersuchungen der fünf Kindesleichen aufmerksam macht, so glaube ich diese Unterschiede selbst genügend betont zu haben. Gegenüber der einzigen von Welcker vorliegenden bez. Untersuchung werden die fünf angeführten Fälle doch immerhin einige Berücksichtigung erfahren müssen [1].

---

[1]) In der Zahlentabelle in No. 12 d. Bl., p. 298, ist ein Druckfehler zu corrigiren. Es muss heissen III. Gesammtblutmenge 367 statt 307.

1. **Breisky** (Prag). Die Krankheiten der Vagina.

(Handbuch der Frauenkrankheiten von Billroth Bd. VII. Stuttgart, **F. Enke.**)

Ein ausserordentlich ausführliches Werk, welches dem Nichtspecialisten wie dem Gynäkologen zum eingehenden Studium angelegentlichst empfohlen sei. Dasselbe bietet neben einer übersichtlichen, vollkommenen, systematischen Darstellung des Bekannten ein reiches, zum Theil noch nicht bekanntes casuistisches Detail, welches besonderer Besprechung bedürfte. Ref. beschränkt sich auf ein kurzes, summarisches, diesem Blatte entsprechendes Referat.

Cap. I. Anatomisch-physiologische Vorbemerkungen: Betreffs der Entwickelung der Vagina folgt B. der allgemein anerkannten Ansicht von Thiersch und Leuckart, dass sie ganz aus den Müller'schen Gängen entstände; über die Entwickelung des Hymen sind die Dohrn'schen Angaben die massgebenden. In der Muskelschicht der Vagina fand B. im Gegensatz zu den bisherigen Angaben im Allgemeinen die innere Lage quer, die äussere längs geordnet; v. Preuschen's Befund über die Drüsen wird mit Recht als nicht genügend fundirt dargestellt. — Zur Demonstration der Verlagerung der Scheide durch die wechselnden Füllungszustände von Blase und Mastdarm sind 2 Pirogoff'sche Leichenschnitte wiedergegeben; Kürze der Vagina sei regelmässig mit Tiefstand und Reclination des Uterus verbunden.

Cap. II. Bildungsfehler: B. hält die Obliteration in der Mitte und dem oberen Theile der Vagina für secundär durch Verlöthung im embryonalen Leben entstanden (p. 16, 17), glaubt dagegen, dass bei tiefliegendem Verschluss ein congenitaler Defect des unteren Vaginaendes vorliegt. Der Hymen imperforatus entstünde durch Verschmelzung der einander entgegenwachsenden Hymenalfalten. — Während über die ganze Länge der Vagina ausgebreitete Atresien nur mit gleichzeitiger Verkümmerung des Uterus vorkommen, so sind zolldicke, bei ausgebildetem Uterus beschriebene Defecte als nicht so genau zu nehmende, approximative Schätzungen zu betrachten. Bei 7 Präparaten von angeborener Atresie der Prager pathologischen Sammlung finden sich 2 totale mit Verkümmerung des Uterus und 1 mit hohem Sitz bei bedeutender Breite (3 cm) (p. 18). In seltenen Fällen machen tief liegende Atresien schon im Kindesalter durch reichliche Schleimanstauung mechanische Symptome (2 Fälle des Verf.), gewöhnlich erst nach der Pubertät. Zur Erläuterung der excentrischen Hypertrophie der Vagina bei Atresie ein schönes Paradigma des Verf. — Bei höher liegenden Atresien wölbt sich trotz bestehender Haemometra der Blutsack nicht vor, es besteht ja dann eine breite atretische Stelle. — Bei Duplicität sind die Atresien einseitig, nur in 1 Falle (Neudörfer) könnte eine doppelseitige Atresie vorgelegen haben; meist lag der Verschluss rechts; es sind bisher 46 Fälle beschrieben. Die Spontanentleerung geschieht in diesen Fällen in das Septum colli, leider führt sie nicht zur Heilung, da sich im An-

schluss daran Pyometra der früher verschlossenen Hälfte zu entwickeln pflegt (Verf.). Daher indiciren diese Fälle **stets** Kunsthülfe. In 1 Falle von einseitiger Hydrometra fehlten Symptome von vorausgegangener Haemometra gänzlich. Die Diagnose ist zumal mit Zuhülfenahme der Anamnese leicht; die Retentionsgeschwulst sitzt oft weiter nach vorn, mehrmals ist eine spiralige Anlagerung der geschlossenen Hälfte an die offene gefunden worden; ob der dann operativ eröffnete Retentionscanal nur dem Uterus oder zum Theil der Vagina angehört habe, darüber glaubt B. durch Evidement des Epithels in 2 Fällen Aufschluss erlangt zu haben. — Bei der Operation der Atresien sind Cautelen besonders nach 3 Richtungen hin zu beobachten: 1) Verletzungen benachbarter Organe, 2) Ruptur dilatirter Tuben, 3) Sepsis. 2) ist bedingt durch peritonitische Anlöthungen der Tuben, wodurch dieselben verhindert werden, dem während der Entleerung herabsteigenden Uterus zu folgen, 1) ist nur bei breiten Atresien zu befürchten. — Der Eröffnung von der Harnblase aus als Methode stehen dieselben Bedenken entgegen, wie der queren Obliteration (Cystitis, Pyelonephritis). Bei der Operation der unilateralen Atresie hat das Ausschneiden eines **Stückes** (**Veit**, **Freund**) vor der einfachen Spaltung keinen Vorzug. Nach der Spaltung empfiehlt sich zur gleichmässigen Compression eine Leibbinde, bei schmaler Oeffnung ist eine Doppelcanüle (2 mit Silberdraht aneinander gebundene Glasröhren) einzulegen. Ausführliche Beschreibung eines Falles von Operation bei breiter Atresie (wahrscheinlich erst extrauterin entstanden): Der Weg zur Atresie war unter beständiger Tastcontrole von Blase und Rectum aus mit der Scheere gebahnt — Eröffnung mit einem durch Troikart cachirtem Messer 2 cm breit — darüber Einführung einer »Zangencanüle«, welche das Einlegen einer Doppelröhre ausserordentlich erleichterte. — Wie die hohen Atresien, so werden auch die umschriebenen hohen Stenosen als Resultate fötaler Entzündungsvorgänge gedeutet, nicht so die tiefen (Hymenalstenose).

Cap. III. **Die erworbenen Atresien** sind meist Folge puerperaler Nekrose, prolongirten Druckes bei der Geburt, von Entzündungen in Folge lange getragener Pessare, von Aetzungen (Md. **Boivin**: Eingiessen von Schwefelsäure, um Abort einzuleiten). Kommt eine solche Atresie während der Gravidität zu Stande, so ist nur von dem Kaiserschnitt nach **Porro** Rettung zu erwarten.

Cap. IV. **Lageveränderungen.** Als Ursache des Prolapsus resp. Descensus der Vagina wird hauptsächlich die Gravitation und der abdominale Druck bei relativ insufficientem Verschluss der äusseren Theile (Wochenbett) in Anspruch genommen; diese Dislocationen sind dann entweder primär, oder erst durch Dislocationen anderer Organe veranlasst. Betreffend die Hernia vag. ant. findet sich eine sehr beachtenswerthe Anmerkung, in der darauf aufmerksam gemacht ist, dass der frappanteste Fall, der stets als Paradigma für diese Affection aufgeführt wird — der E. **Martin**'sche — von **Hüffer** reproducirte

— in Wirklichkeit gar nicht existirt hat. Es würde sich dieses »Unicum« nicht so lange in der Wissenschaft herumgeschleppt haben, wenn der Conheim'sche Sectionsbefund ebenso berücksichtigt worden wäre, wie das von Martin entworfene klinische Bild; ersterer sagt genau das Gegentheil von letzterem. — B. hat nie eine Hernia vag. ant. gesehen und hält ihr Zustandekommen nur für möglich als Folge eines primären Uterusprolapses. Prolaps der hinteren Wand muss nicht nothwendig Folge eines Dammrisses sein, er findet sich häufiger ohne Rectocele, als der vordere ohne Cystocele; dass Herniae vaginal. post. sehr selten seien, darin stimmt B. mit Hegar und Kaltenbach überein. — Auch beim totalen Prolaps sind secundäre und primäre Formen zu unterscheiden; eine weitere, sehr bemerkenswerthe Anmerkung polemisirt gegen die Existenz einer primären Elongation des Collum bei Prolaps und sieht mit Recht für das Gros des Prolapsus in der Collumhypertrophie nur ein Resultat der Dehnung und Zerrung. — Die Punkte, worauf es bei der Therapie ankommt, sind: 1) Eine Entlastung von Druck oder Zug zu bewirken, der die Vorstülpung unterhält, 2) durch Verengerung des zu weiten Scheidenrohres die Wandrelaxationen zu verhindern, 3) die verloren gegangene Fixation der Vaginalwände durch Anlage fester Narben wieder herzustellen. 1) Ist nur zu genügen, wenn der Prolaps durch Tumoren bedingt war, die man entfernen kann. Zur Beseitigung der Hypertrophie des Collum wird die Hegar'sche trichterförmige Excision empfohlen. 2) und 3) ist durch die Kolporrhaphie, besonders durch die Bischoff'sche Kolpoperineoplastik zu genügen. Mehr als Palliativa sind die Pessarien zu betrachten und empfiehlt B. am meisten die Meyer'schen Gummiringe; es ist Ref. unverständlich, warum B. dann das Einführen von »Mutterkränzen« den Hebammen nicht überlassen will, es giebt wohl kaum ein weniger schädliches und weniger nützliches Instrument als einen Meyerschen »Mutterkranz«. — Es trifft Niemand ein Vorwurf, sondern ist nur in der Anlage des Gesammtwerkes bedingt, wenn Ref. glaubt, dass eine befriedigende Darstellung der Scheidendeviation unabhängig von den Uterusdeviationen zu den Unmöglichkeiten gehört. Ref. hat das auch bei der Lecture dieses Cap. IV empfunden, besonders bezüglich der Genese und Therapie.

Cap. V. Rupturen: Die Möglichkeit lebensgefährlicher Verletzungen durch Coitus wird als sehr fraglich dargestellt, meist handelte es sich dann wohl um rohe Manipulationen. Die sub partu entstehenden Abreissungen sind relativ selten und kommen meist nur bei Mehrgebärenden mit erheblichen räumlichen Missverhältnissen vor; die Mortalität gestaltet sich bei weitem günstiger als bei Gebärmutterrissen (unter 40 Fällen 11 von Heilung, darunter 9 penetrirende). Im Introitus entstehen die Einrisse sub partu meist an der hinteren Wand und liegen dann, weil die hintere Columna vag. mehr Widerstand leistet, extramedian. Unter den Präventivmassregeln findet das Olshausen-Ritgen'sche Verfahren Empfehlung.

Cap. VI. Haematome fand B. stets bei Erstgeschwängerten — darunter einige Aeltere; Sitz meist an der hinteren Wand; die Prädisposition ist nicht nothwendig an das Bestehen von Varices gebunden.

Cap. VII. Unter den Fremdkörpern fanden sich mitunter werthvolle Gegenstände. (Die Scheide findet in dieser Beziehung also manchmal eine ähnliche Verwendung, wie der Mastdarm, cfr. Esmarch, die Krankheiten des Rectum.)

Cap. VIII. Darmfisteln: Mastdarmfisteln, die von einer Geburt her datiren, haben entweder ihren Ursprung in einer starken Dehnung der hinteren Vaginalwand oder sind Reste von Perineal-Mastdarmrissen; — finden sie sich im oberen Theile, so sind sie meist Folgen schwerer artificieller Traumen. Ausser den durch Zerfall von Tumoren entstandenen, neigen sie sehr zu spontaner Verkleinerung. Hauptsymptom: unfreiwilliger Abgang von Fäces und Gasen; Bericht über einen schönen Fall von Vaginalfistel — Inversion einer Dermoidcyste durch dieselbe. Therapie: im Allgemeinen sind die Cauterisationen zu verwerfen, sie machen die spätere Operation nur noch schwieriger, dieselbe ist an sich schon sehr schwer, das Resultat unsicher wegen des Füllungswechsels des Rectums, des Eindringens von Fäces in die Wunde, und der Spärlichkeit des zu vereinigenden Gewebes; die Sphinkterenspaltung ist überflüssig; in der »Therapie« folgt B. der Simon'schen Darstellung.

Die Dünndarmfisteln sind entweder (1.) Anus praeternaturalis vaginalis oder (2.) Fistula ileovaginalis; sie entstehen durch penetrirende Läsionen inter partum, Vorfall und Absterben der aus der Fistel ragenden Dünndarmschlingen. — Ausführliches Referat des Weber-Heine'schen Falles, des einzigen, wo an der Lebenden die Operation gelungen ist. Leider liegen nicht immer die Verhältnisse so günstig, wie in diesem, andere Operationsmethoden sind dieser gegenüber als obsolet zu betrachten, höchstens verdiente noch der Casamayor'sche Verschluss Beachtung. Ad (2) wird ein Gussenbauer'scher Fall erwähnt, wo die Fistel in die Cervix mündete. Bei Kleinheit der Fistel ist vielleicht Spontanheilung nicht selten, diese Thatsache lässt in solchen Fällen vielleicht von der Cauterisation etwas erwarten.

Cap. IX. Neubildungen: Der Ursprung der Cysten ist dunkel, die beschriebenen Fälle sind genetisch wahrscheinlich sehr verschieden. Möglicherweise gehen einzelne im Septum urethrovaginale gelegene aus ursprünglich partieller Dilatation der Urethra hervor. B. fand in einem Falle erst eine Cystocele, $^1/_2$ Jahr später daselbst eine abgesackte, mit der Blase nicht mehr zusammenhängende, Eiter enthaltende Cyste. Fibrome sind selten, enthalten häufig glatte Muskelfasern; ihr Wachsthum erfolgt meist nach aussen zu; B. fand unter 29 Fällen 14 an der vorderen, 6 an der hinteren Wand, 6 rechts und 3 links. Prädilectionsalter — das geschlechtsreife. Therapeutisch handelt es sich je nach der grösseren oder geringeren Sensibilität

um Excision, Ecrasement, Abbinden oder Enucleation. Von Rhabdomyom ist der Fall der Kaschewarowa das Unicum; von Lipom sind 2 nicht genau untersuchte Fälle bekannt. Sarkome sind als umschriebene runde und auch als flächenhafte Degenerationen der Schleimhaut beobachtet worden: 4 Fälle aus der Literatur, darunter ein mit Glück operirter von Spiegelberg. Auch über das primäre Carcinom an der Scheide sind die Beobachtungen spärlich; 2 Formen: circumscriptes Cancroid — diffuses Carcinom, die meisten sind zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre beobachtet worden; die Prognose, ausser bei ganz circumscripten Formen, wo in wenigen Fällen durch Operation Heilung erzielt ist, schlecht. Wo Gravidität complicirte, ging in einem Falle die Pat. im Wochenbett an Sepsis zu Grunde (Küstner), im anderen Falle hatte der Geburtsinsult nicht diesen deletären Einfluss (Bailly).

Küstner (Jena).

---

2. **M. Duncan.** Ueber eine Knochenverschiebung am Kindskopf vor dessen Eintritt in die Beckenhöhle.

(The obstetr. Journ. of Gr. Brit. and Irel. No. LXXI. p. 697. 1879. Februar.)

3. **A. Stadfeldt** (Copenhagen). Ueber die physiologische Asymmetrie des Kindskopfes und die Art seiner Gestaltung während der Geburt.

(The obstetr. Journ. No. LXXIV. p. 92. 1879. Mai.)

D. glaubt, im Gegensatz zu Dohrn's Anschauung, dass das Perineum und überhaupt die Weichtheile des Geburtscanales ebenso wohl wie die knöchernen Theile desselben eine Verschiebung der fötalen Schädelknochen veranlassen könnten. Der Kindskopf verweilt oft so lange am Damm und ist so sehr unter dessen Einfluss, dass eine Knochenverschiebung in einer früheren Geburtsperiode entstanden, sich vor Beendigung der Geburt zurückbilden müsste.

In einem Fall von Kaiserschnitt machte er sich folgende Notiz: »Der Kindskopf zeigt ein Caput succedaneum, welches sich vom linken Scheitelhöcker inclusive bis zur Mitte der Lambdanaht derselben Seite erstreckt. Das linke Scheitelbein überdeckt das rechte, ersteres ist beträchtlich abgeflacht, das rechte Scheitelbein dagegen ist unverändert.« Die Frau war am Ende ihrer Schwangerschaft und schon 2 Tage lang in Wehen, der Kindskopf stand, nicht fest angedrückt, über dem stark verengten Beckeneingang (Conjugata $1^1/_2$") in erster Schädellage, das Os internum war bis auf eines Gulden Grösse erweitert. Das abgeflachte linke Scheitelbein lag auf dem Beckenrand auf, an dieser Stelle war auch das Caput succedaneum während bei gewöhnlichen Entbindungen in 1. Schädellage das Caput succed. rechts, und das rechte Scheitelbein über das linke verschoben zu sein pflegt, entsprechend dem hierauf gerichteten negativen Druck.

St. ist durch obenstehende Mittheilung D.'s veranlasst worden,

seine Anschauungen von der physiologischen Asymmetrie der Schädel Erwachsener und Neugeborener, welche letztere von der gleichfalls gewiss, wenn auch weniger häufig, vorkommenden Knochenverschiebung intra Partum zu trennen ist und durch ihre spätere Persistenz auch unterschieden werden kann. Diese Asymmetrie ist eine fötale Skoliose der den Kopf bildenden Wirbel und anzusehen als »ein Ueberbleibsel der spinalen Rotation des Embryo im Ei«.

Lühe (Stralsund).

---

4. **Th. Langhans** u. **P. Müller** (Bern). Weiterer anatomischer Beitrag zur Frage vom Verhalten des Cervix während der Schwangerschaft mit Abbildungen.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 2.)

Als ein weiterer Beweis gegen die Bandl-Küstner'sche Theorie des frühzeitigen und regelmässigen Aufgangs der Cervicalhöhle in das Uteruscavum, dient ein neues Präparat, welches von einer 35jährigen in der 22. Woche ohne vorausgegangene Wehen an Nierenatrophie gestorbenen Multigravida stammt und vor der Untersuchung in Alkohol und Chromsäure gehärtet wurde.

Der Cervix war 4 cm lang, auf der Schleimhaut und in den Krypten einfaches Cylinderepithel ohne Flimmern. Die fötalen Eihäute lagen der Uterinwand überall dicht an mit Ausnahme einer kreisrunden Oeffnung von 1,5 cm Durchmesser gegenüber der oberen Oeffnung des Cervix. Im Baue der Decidua des unteren Uterinsegments und des oberen Theiles des Uterus konnten erhebliche Verschiedenheiten nicht gefunden werden.

Der schon makroskopisch scharf hervortretende Müller'sche Ring erwies sich auch nach Ansicht des Verf. durch den mikroskopischen Befund als sichere Grenze zwischen Cervix und Cavum uteri, oberhalb kein Epithel, unterhalb die charakteristischen Cervicaldrüsen und Epithelien.

Schwarz (Halle a/S.).

---

5. **A. Hauch** (Halle). Ueber den Einfluss des Rückenmarks und Hirns auf die Bewegungen des Uterus etc.

Inaug.-Dissert. 1879. Halle a/S.

Verf. bespricht zunächst die Nervenanatomie der weiblichen Geschlechtsorgane, geht dann näher auf die »Physiologie des Uterus« ein und stellt die Resultate über die Abhängigkeit der Uterusbewegungen von dem Centralnervensystem zusammen, zu denen auf experimentellem Wege Spiegelberg, Obernier, Kehrer, Körner, Frankenhäuser u. A. gekommen sind. Eigene physiologische Experimente stellte Verf. 1868—1869 im anatomischen Institute zu Greifswald an. Versuchsobjecte waren Kaninchen, Mäuse, eine

Katze und mehrere von frisch getödtetem Schlachtvieh entnommene Gebärorgane. Den Gang der Experimente und die Art und Weise der Ausführung, so wie die Versuche selbst mögen im Original nachgelesen werden; die Resultate, zu denen Verf. gelangt, sind kurz folgende:

Störungen im Kreislauf haben nur Einfluss auf die Bewegung des Uterus (Krampfcontractionen), wenn diese zur vollständigen Anämie des Uterus führen. Oberflächliche elektrische Reizung der Grosshirnlappen erregt keine Uterusbewegung, bei tieferem Einsenken der Nadeln wird die etwa auftretende Contraction der Gebärmutter durch Stromschleifen zum Cerebellum veranlasst. Vom Kleinhirn lassen sich immer Uteruscontractionen, ebenso von allen Theilen des Rückenmarks, speciell vom Central- und Sacraltheil aus, auslösen. Es sind Kleinhirn, Medulla oblongata und Lumbaltheil als Centralorgane der Uterusbewegungen anzusehen. Reizungen der beiden erstgenannten Theile steigen im Rückenmark herab und gelangen durch die Rami communicantes des Lumbalsympathicus, sowie die Centralnerven zum Uterus. Durchschneidung des Rückenmarks am oberen Rande des ersten Lumbalwirbels und Reizung diesseits und jenseits des Durchschnittes wirkt Uteruscontractionen aus, obgleich für den oberen Theil des Rückenmarks die Mitwirkung des Nerv. sacral. ausgeschlossen ist. Bei Reizung der centralen Enden wird nach Durchschneidung des Rückenmarks bei voller Erhaltung des sympathischen Zweiges kein sicheres Resultat mehr erlangt. Vagusreizung veranlasst keine Uteruscontractionen, noch werden spontane verstärkt. Locale Reizung des Uterus bei erhaltener Innervation hat Contraction des Organs zur Folge. Der Einfluss bleibt ein gleich energischer, wenn die Sacralnerven oder der sympathische Zweig durchschnitten ist; sind gleichzeitig beide durchschnitten, bleibt die stärkste Reizung des Rückenmarks völlig irrelevant auf die Uteruscontractionen; bei direct auf das Organ applicirten Reizen lassen sich nur locale Muskelbewegungen, nie allgemeine Contractionen der ganzen Organe anregen. Eine Annahme anderer nervöser Centralorgane des Uterus, ausser denen, welche im Gehirn und Rückenmark liegen, weist Verf. von der Hand.

Pott (Halle a/S.).

---

6. **J. Veit** (Berlin). Ueber die Drainage des puerperal erkrankten Uterus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1879. No. 23.)

In der letzten Zeit sind verschiedene bedenkliche Zufälle nach intrauterinen Injectionen im Wochenbett veröffentlicht worden, welche geeignet sind, das Princip selbst, die locale Behandlung des Puerperalfiebers, bei den Aerzten in Misscredit zu bringen; mancher wird sich nicht mehr so leicht, daher oft zu spät zur Localbehandlung des Uterus entschliessen. Die Zufälle selbst sind bekannt. Die Erklärung für dieselben ist noch nicht vollständig festgestellt. Carbolintoxica-

tion allein ist es nicht, denn sie entstehen auch bei Anwendung von Salicylsäure. Von den beiden andern Erklärungen, dass es sich um Eintritt von Flüssigkeit in die Uterinvenen handele, oder dass es ein rein nervöser Symptomcomplex sei, hat die letztere, wie später zu beweisen, am meisten Wahrscheinlichkeit. Von den 17 Kranken, deren Geschichte bis jetzt veröffentlicht ist, starb an den Zufällen keine, einige starben an dem fortschreitenden septischen Processe zum Theil in Folge des Weglassens der Ausspülungen. Die Zufälle sind daher mehr unbequem als gefährlich zu nennen. Aber die Methode hat andere Unannehmlichkeiten: sie macht den Arzt zum Infectionsträger, die nächsten Gebärenden sind erheblich gefährdet. Ausserdem beansprucht sie einen Zeitaufwand, den der praktische Arzt, namentlich auf dem Lande, nicht aufwenden kann.

Alle diese Bedenken überwindet die Drainage des Uterus, im Princip dasselbe, nur in andrer Ausführung. Ihre bisherige Geschichte ist bekannt.

V. gebraucht Drainröhren aus verschieden dicken Gummiröhren, je nach der Zeit der puerperalen Involution; dieselben werden oben mit Seide zugebunden und dicht unter dem obern Ende ein jederseits 1—$1^1/_2$ cm überstehendes Gummirohr als Schede'scher Querbalken hindurchgesteckt. Unter diesem macht er meistens ein grosses Auge als Einflussöffnung. Das Rohr wird nach der Einführung in die Vulva abgeschnitten und wenn ausgespült werden soll, bringt man es mit dem spitzen Ansatzröhrchen eines Irrigatorschlauches in Verbindung. Injectionsflüssigkeit ist 1 % Carbollösung. Man kann so, so oft es nöthig erscheint, intrauterine Ausspülungen vornehmen, ohne dass man mehr als einmal während der ganzen Behandlung den Finger mit den inficirten Stoffen in Berührung zu bringen braucht und ohne grossen Zeitverlust.

Wie die Erfahrung vollständig lehrt, wirkt das Rohr als Fremdkörper nicht schädlich, im Gegentheil, die dadurch angeregten Contractionen sind sehr erwünscht. Lufteintritt lässt sich nicht vermeiden, aber auch hier lehrt die Erfahrung, dass niemals ein übler Zufall dem Lufteintritt folgte.

Einen Hauptvortheil hat das Drainrohr vor dem Katheter, der bei Betrachtung des Ausflussmechanismus sofort zu Tage tritt. Man macht die Beobachtung, dass das einfache Rohr in Bezug auf den Abfluss dasselbe leistet wie das doppelte, d. h. es fliesst in der Regel das Wasser daneben ab. Ab und zu kamen bei beiden Momente der Unterbrechung vor; sie entstehen nicht durch Verstopfung, sondern durch Contractionen des Uterus, wie man sich durch die aufgelegte Hand leicht überzeugen kann, ausserdem spricht das Fehlen eines Gerinnsels am Katheter dafür. Es umschliesst der Uterus hermetisch den Katheter. (Hat man ein Glasrohr so kann man dabei die blutig tingirte Flüssigkeit aufsteigen sehen, manchmal bis in das Irrigatorgefäss. Bei Gebrauch eines starrwandigen Katheters und starkem Druck kann nun doch noch etwas Flüssigkeit austreten, und so eine Steigerung

der Contraction bewirken, die bei nervösen und empfindlichen Individuen so schmerzhaft wie die schlimmste Uterinkolik werden kann. Von einer solchen ist der ganze Symptomen complex, von dem oben die Rede war, als reflectorisch ausgelöst zu betrachten. Bei der Drainage ist das nicht möglich, weil in Folge der Zusammendrückbarkeit des Rohres nichts mehr durchfliessen kann und so die Bedingungen fehlen. V. hat unter 450 Einzelausspritzungen durch die Drainage keinen Zufall beobachtet, unter 400 mit dem Katheter 10 Mal.

Die Fälle, in denen V. diese Behandlungsmethode zur Anwendung gebracht hat, lassen sich in 3 Categorien eintheilen.

1) In die frischen Erkrankungen, die innerhalb 24 Stunden nach dem Initialfrost zur Behandlung kamen. 8 Fälle, alle genasen.

2) Die mit prophylaktischer Anwendung bei bestehender Diphtherie der Scheide oder des Introitus. Kein Todesfall.

3) Die Fälle, in denen er spät zu fast schon verlorenen Kranken hinkam; hier ist jede Heilung zu Gunsten der Methode anzuführen, nicht jeder Misserfolg zu ihren Ungunsten. Unter 5 Fällen genas einer.

2 starben am 10. und 29. Tage und kamen mit gesundem Uterus zur Section. Die beiden andern starben am 7. Tage, ohne dass es gelungen war, die Uterusinnenfläche ganz zu reinigen.

Schellenberg (Leipzig).

7. **Schlossberger** (Stuttgart). Pilocarpin als wehenerregendes und wehenbeförderndes Mittel.

Inaug.-Dissert. Tübingen 1879.

Das Material zu Verf.'s Arbeit bilden drei auf der Säxinger-schen Klinik beobachtete Fälle, unter denen zweimal bei schon in der Geburt befindlichen Frauen und einmal bei einer Schwangeren zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt wegen engen Beckens Versuche mit Pilocarpin angestellt wurden. Die Form der Gabe war die gewöhnliche, zweiprocentige Lösung subcutan. Die grösste mit den gewöhnlichen Nebenwirkungen verabreichte Dosis sind 11 cg in zwei Tagen. In den beiden Fällen, in denen das Mittel während der Geburt gegeben worden, rief es einmal evident kräftige regelmässige Wehen hervor, im andern Falle wurden nur die Wehen anhaltender und kräftiger. Dass dem Pilocarpin unmittelbar wehenerregende Eigenschaften zukommen, beweist für Verf. der eine an der Schwangeren beobachtete Fall, in dem die Geburt erst durch das Mittel eingeleitet wurde, während vorher zum gleichen Zwecke umsonst 12 g Secale cornutum gegeben worden waren. Sonst sind auch in Tübingen die Resultate anderer Arbeiten über Pilocarpin bestätigt worden. Die Tabellen der Arbeit leiden an dem Mangel, dass für die einzelnen Wehen keine Zeitdauer angegeben ist, sondern dieselben nur im Allgemeinen charakterisirt sind.

Herdegen (Stuttgart).

8. **A. Lerch** jun. (Wien). Ueber Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch Pilocarpin.

(Vortrag gehalten im med. Doct. Coll. zu Wien 1879. April. Verlag des Verf.)

Die Schrift ist eine sorgfältige Zusammenstellung der bisherigen Erscheinungen auf dem Gebiete der Pilocarpinliteratur, zu der Verf. einen eigenen, für die Wirksamkeit des Pilocarpin sprechenden Fall fügt. Die erste Pilocarpin als wehenerregendes Mittel betreffende Veröffentlichung war die von Massmann in diesem Blatte 1878, No. 9. In der gleichen Nummer empfahl Fehling das Mittel zur Behandlung von Eklampsie. Weitere 7 seit dieser Publication erfolgreich damit behandelte Fälle stellt Verf. zusammen.

Unter den physio-pharmakologischen Versuchen, die Verf. namhaft macht, seien nur einige negative angeführt. Hyernaux läugnet in der Presse med. Bd. XXX. No. 42—44 eine specielle Wirkung des Pilocarpin auf die Uterinfaser. Die durch das Pilocarpin erzeugte Perturbation des Organismus sei der Mutter beschwerlich und dem Kinde gefährlich. Valenta widerräth die Anwendung in Geburten, weil bei den profusen Schweissen eine zu grosse Verkühlung der Gebärenden eintreten könne. Von anderweitigen Beobachtern findet auch Kleinwächter das Pilocarpin schädlich, der in 2 Fällen die Wehen darauf so heftig fand, dass er glaubt die Früchte, einmal sogar die Mutter, hätten dadurch das Leben verloren. Für Versuche am Wochenbette und während der Geburtszeit citirt Verf. vier Beobachter: Felsenreich, der ohne zufriedenstellende Resultate bei Atonie des Uterus experimentirte; Müller in Bern, der dem Ergotin als wehenerregendem Mittel vor Pilocarpin den Vorzug giebt; Sänger, den stets zu positiven Resultaten gelangenden, sowie Schauta, der 15 Fälle von Wehenschwäche erfolgreich mit Pilocarpin behandelt hat.

Für Einleitung der künstlichen Frühgeburt durch Pilocarpin hat Verf. 20 Fälle, 14 ohne und 6 mit Erfolg gesammelt. Einer dieser letzteren ist der von Verf. selbst beobachtete, kurz Folgendes bietende Fall. Er betrifft eine 19jährige II para, die Verf. das erste Mal durch Perforation des nachfolgenden Kopfes (C. v. $7^1/_2$) entbunden hatte. Die Frau befand sich nach ihrer Angabe am Ende des siebenten Schwangerschaftsmonates, als ihr Verf. im Verlaufe von 25 Stunden 48,3 mg Pilocarpinum muriaticum von Merk in Darmstadt in 2 %iger Lösung auf 3 Mal injicirte. Nach Ablauf dieser Zeit war der Muttermund vollständig, vor der ersten Injection war der innere Muttermund nicht vollständig geschlossen gewesen, so dass er beim Andrängen des Fingers möglicherweise hätte durchgängig gemacht werden können. Die in Querlage gelegene Frucht wurde auf beide Füsse gewendet, doch machte die Entwickelung des Kopfes solche Schwierigkeiten, dass der 2090 g schwere, 44 cm lange Knabe tief asphyktisch, nicht mehr zu beleben geboren wurde, woran nach Verf. ausser der Grösse des Kindes bei engem Becken die nur 34 cm lange, gut 2 Daumen dicke

Nabelschnur die Schuld trägt. Die üblen Nebenwirkungen waren die gewöhnlichen gewesen. Das Sänger'sche Postulat für Wirksamkeit des Pilocarpins: schon bestehende Tendenz zur Ausstossung des Eies ist wie allgemein so auch in Verf.s Fall vorhanden gewesen.

Herdegen (Stuttgart).

---

9. **Toedt** (Prag). Ueber die Altersbestimmung menschlicher Embryonen.

(Prager med. Wochenschrift 1879. No. 13 u. 14.)

Verf. weist in ausführlicher Motivirung auf die Schwierigkeit der Altersbestimmung bei Embryonen hin; das Gewicht als massgebend anzusehen, sei nicht richtig, eher verwerthbar die Länge. Die von ihm durch Messungen an 200 Embryonen gewonnenen Resultate giebt Verf. graphisch zur Darstellung, er fand für den 3. Monat durchschnittlich eine Länge von 7 cm, für den 4. von 12, für den 5. von 20, für den 6. von 30 cm, von da ab geht das Wachsthum dann wieder langsamer. Für die ersten Wochen und Monate folgen nun sehr eingehende Beschreibungen der Grössen- und Formverhältnisse, vom bläschenförmigen Embryo Reichert's an. Vom 5. und 6. Monat an ist die Entwickelung der epidermoidalen Formgebilde bemerkenswerth, der Haare und Nägel. Für die Zeit vom 7. bis 10. Monat ist es oft schwer, aus einzelnen Zeichen das Alter zu bestimmen, man muss hier immer eine grössere Anzahl zusammennehmen; neben Gewicht und Länge kommt besonders die Ausbildung der Haare, Knochenkerne und des Gehirns in Betracht. Die Kopfhaare sollen im 7. Monat 0,5 cm, im 8. Monat 1 cm lang sein, im 9. und 10. Monat diese Länge überschreiten. Das Verschwinden von Lanugo an Rumpf und Extremitäten soll dagegen nicht den gewöhnlichen angenommenen Werth für Reife der Frucht haben.

Neben dem Knochenkern in der unteren Epiphyse des Femur findet Verf. auch fast durchgängig bei reifen Früchten einen solchen im Würfelbein. Das Fehlen beider ist aber kein Zeichen für Frühreife. Am Gehirn ist bezeichnend das Verhalten der Sylvi'schen Furche, die im 7. Monat noch freiliegt, während Ende des 9. Monats sie von Stirn- und Schläfenlappen bedeckt wird. Während bis Ende des 9. Monats nur Hauptfurchen am Grosshirn vorhanden sind, entstehen Ende des 9. bis Anfang des 10. Monats zahlreiche Nebenfurchen.

Fehling (Stuttgart).

---

10. **O. Ditzel.** Geburtsstatistik aus Hebammenprotokollen.

(Hosp. Tidende 1878. No. 27 u. f.)

Verf. benutzte die in Dänemark officiellen Hebammenprotokolle zur Sammlung eines statistischen Materials. (Jede Hebamme hat ein schematisches Protokoll, wo die verschiedenen Details, die Geburt und das Kind anbelangend, angeführt sind.) Die Zahlen sind nicht gross, haben aber Interesse dadurch, dass sie eine Landbevölkerung an-

gehen und nicht, wie gewöhnlich, aus einer Entbindungsanstalt stammen. Nur einzelne Punkte können hier hervorgehoben werden. Unter 6231 Geburten waren 1288 Primiparae, 4943 Multiparae. Es wurden 3259 Knaben und 3057 Mädchen geboren (unbestimmtes Geschlecht 13), lebend geboren 5996, todtgeboren 333. 98 Zwillingsgeburten. — In Bezug auf die Kindeslagen wurden gefunden: Scheitellage 93,1 %, Gesichtslage 0,5 %, Steisslage 2,3 %, Schulterlage 2,5 %. Zangenoperation kam 1 Mal auf 50 Geburten vor; Wendung 1 auf 28 (mit 44,8 % todtgeborenen Kindern). Die Mortalität für alle Mütter war 0,9 %. **Ingerslev** (Copenhagen).

11. **C. D. Palmer** (Cincinnati). Die Paracentese von Ovarientumoren.

(Cin. Lancet and Observer. 1878. Juli.)

Verf. bespricht die Indicationen der Paracentese bei Ovariencysten (Diagnose, palliative Heilung, fast ausschliesslich bei Cysten des Parovariums); dann die Gefahren der Paracentese (Blutung, Shock, Peritonitis, Oophoro-cystitis, Septikämie, rasche Wiederfüllung der Cyste und consecutiver allgemeiner Säfteverlust), mit der sich gewiss auf 50 % belaufenden Mortalität; schliesslich die Ansichten von 12 der bedeutendsten Ovariotomisten, von denen nur 2 nie paracentesiren, während alle das Verfahren für gefährlich halten. Verf. betont ferner, dass die Aspiration die Gefahren der Paracentese nicht aufhebt, denn eine erhebliche Anzahl solcher Fälle wird berichtet, sogar einer von Peritonitis nach Punction der Cyste mit der Pravaz-schen Spritze. Verf. zieht die Schlüsse, dass die geringen Heilungsresultate der Paracentese gegen die bedeutende Mortalität derselben kaum in Betracht kommen können; dass die Paracentese auf solche Fälle beschränkt werden solle, in denen die augenblickliche allgemeine und locale Störung eine so grosse ist, dass sofortige, wenn auch nur vorübergehende, Erleichterung nöthig ist, und auf Fällen, in denen die Diagnose auf anderem Wege nicht möglich ist; dass man bei jeder Paracentese bereit sein solle sofort bei Eintreten der geringsten entzündlichen Erscheinungen die Ovariotomie zu machen, und dass diese Regel bei Polycysten (deren Punction erwiesenermassen weit gefährlicher ist als die von Monocysten) sogar dahin erweitert werden solle, dass sobald die Untersuchung der durch Punction entfernten Flüssigkeit die Natur der Geschwulst bestimmt, die totale Exstirpation derselben sofort unternommen werden solle. In diesem Falle sollen beide Operationen so gut wie gleichzeitig sein. Die Ovariotomie während allgemeiner Peritonitis und Entzündung der Cyste ist nicht nur als hülfebringendes Mittel zu empfehlen, sondern als fast einzige Rettung der Pat. dem Arzte zur Pflicht zu machen. Erstaunliche Resultate sind sogar bei den scheinbar hoffnungslosesten Fällen von Keith (zuerst), Wells, Freund, Peaslee, Emmet, Thomas, Goodell, u. A. erreicht worden.

Paul F. Mundé (New-York).

Casuistik.

12. Aus der geburtshülflichen Gesellschaft zu Edinburg.

(The obstetr. Journ. of. gr. Brit. and Irel. No. LXIX, December 1878; No. LXX, Januar 1879; No. LXXI, Februar 1879.)

Sitzung vom 10. April 1878, Knoten an der Nabelschnur. Fibroma vaginal. — Sitzung vom 8. Mai 1878, Knoten an der Nabelschnur Intrauteriner Hydrocephalus. — Castration. — 3 Fälle von accidenteller Hämorrhagie. — Sitzung 10. Juli 1878. Ileus. — Leibbinde.

Russel Simpson fand kürzlich bei noch nicht gesprengten Eihäuten eine weit vorgefallene Nabelschnur, an welcher er eine noch nicht näher bestimmbare Irregularität fühlte, erhielt daher die Eihäute, bis sie in der Schamspalte erschienen. Die Nabelschnur war 35″ lang, dreimal um den Hals der Frucht gewunden und in der Entfernung von 9″ vom Nabel in einen wahren Knoten verschlungen.

Derselbe zeigt einen fibroiden Tumor von 2 Faustgrösse, welchen er von der vorderen Vaginalwand eines 25jährigen Mädchens entfernt hatte; er war innerhalb 2 Jahren anfangs langsam, zuletzt rasch gewachsen und ging vom Gewebe der Vagina selbst aus. Pat. genas rasch. —

Chappie legt eine Nabelschnur mit 2 echten Knoten vor, deren 1 doppelt war. —

Macdonald fand bei einer Kreissenden eine Conjugata von $3^1/_2$″ und zugleich Hydrocephalus congenital der Frucht; nach Punction Zange, Mutter genesen. M. rechnet 1 intrauterinen Hydrocephalus auf 3000 Fälle. —

Simpson hielt bei einer 35jährigen Frau wegen äusserst heftiger Dismenorrhoe, welche durch Hysterotomie nicht hatte gehoben werden können, die Castration für indicirt. Da das linke Ovarium adhärent war, wählte er den Schnitt oberhalb der Symphyse und entfernte vor 3 Tagen beide Ovarien nebst einem Theil der linken Tube, welche er vorzeigt; bis jetzt geht es der Pat. gut, nach definitivem Ablauf des Falles verspricht S. weiteren Bericht. — Underhill berichtet über 3 Fälle von accidenteller Hämorrhagie. Im 1. war nach vorheriger schwächerer 4 maliger Blutung, deren erste in der 10. Woche der Gravidität auftrat, im 7. Monat eine sehr heftige Blutung eingetreten. Ein Theil des Uterus war abgeschnürt, so dass U. ein Uterusfibroid vor sich zu haben glaubte, allein später zeigte er sich gleichzeitig mit den Wehen contrahirend und mit einem Theil der Placenta angefüllt, welche auch nach ihrer Ausstossung eine entsprechende Einkerbung beibehielt. Offenbar war die Blutung durch theilweise Loslösung dieser abnormen Placenta herbeigeführt worden. Sprengung der Eihäute, Kind lebend ohne weitere Kunsthülfe geboren. Interessant ist, dass die Frau bei einer späteren Schwangerschaft und Geburt ganz normale Verhältnisse zeigte. 2. wird eine zum 8. Mal Schwangere im 9. Monat von heftiger, nach eintretender Ohnmacht sich vermindernden Blutung befallen, als sie sich zum Fenster hinausbeugt und hierbei den Uterus heftig drückt. Nach Sprengung der Eihäute wird wegen der Schwäche der Frau die combinirte innere und äussere Wendung vorgenommen, welche dadurch besonders schwer ist, dass hinter einem abgelösten Theil der Placenta starke Blutklumpen sitzen und den Raum beengen. Kind todt, Mutter genas langsam. 3. endlich tritt bei einer anämischen Frau im Ablauf ihrer ersten Schwangerschaft eine starke Blutung ein; Sprengung der Eihäute; das lebend geborene Kind zeigt hereditäre Syphilis, an welcher es nach 2 Monaten stirbt. Auch die Placenta abnorm (genauere Untersuchung durch Unfall verhindert) gebildet, nahe am Rande eingerissen, an dieser Stelle Blutklumpen. U. glaubt, dass Sprengung der Eihäute nebst Anwendung von Ergotin meist genügen, diese gewöhnlich ungefährliche Blutung zu stillen; wenn nicht, so müsse gewendet, oder die Zange applicirt werden. Spiegelberg's Empfehlung der Tamponade will er nicht acceptiren. Gordon und Simpson halten diese Hämorrhagien für häufig recht gefährlich, Sprengung der Eihäute aber zwar für meist ausreichend, aber deswegen nicht durchaus empfehlenswerth, weil sie die später vielleicht nöthige Wendung erschwere, wenn die Blutung nicht dadurch schon stände. — Craig demonstrirt ein Stück Ileum, das

durch einen Ring, gebildet von einer dünnen Adhäsion, hindurch geglitten und so fest strangulirt war, dass nur mit grosser Gewalt Wasser hindurch getrieben werden konnte. Die Frau, welche ihrer ersten Entbindung nahe war, erkrankte unter peritonitischen Erscheinungen, Ileus. Frucht stirbt ab, wird dann ausgetrieben, Tod. Section zeigt noch 20 Unzen sanguinolenter Flüssigkeit mit Pus gemengt in abdomine. — Southon zeigt eine neue Form von Leibbinde, deren vorderer Theil die Gestalt des Leibes hat und mit Fischbeinstäben in Zwischenräumen von 1½ Zoll und in der Richtung von oben nach unten besetzt ist, die Seitenstücke sind breite Riemen an einem Ende mit einem Stück elastischen Gewebes. Es bedarf zur Bestellung 2 Maasse: um den Leib, gerade über der Crista Ilei und vom Nabel zur Schamfuge. —

Sitzungen vom 13. Nov., 17. Nov. und 11. Dec. 1878.
(The obstetr. Journ. No. LXXIII, April, p. 33 u. No. LXXIV, Mai 1879. p. 102.)

Uterus-Carcinom, Tod durch Ruptura uteri. Simpson beobachtete ein Carcinom des Cervix uteri, welches sich auf das Orificium urethrae ausgedehnt hatte und durch Druck einiger Krebsknoten auf den hinteren Theil der Harnröhre Harnverhaltung veranlasst hatte. Nach einigen Tagen entstanden heftige Schmerzen in der Regio hypogastrica, bald darauf Tod. Section ergab, dass am Fundus links und hinten eine erbsengrosse Perforationsstelle vorhanden war, durch welche ein Theil des infectiösen Inhalts des stark verdickten und überall mit Carcinomknoten durchsetzten Uterus in die Bauchhöhle gedrungen war, um dort die rasch tödtliche Peritonitis zu veranlassen. —

Derselbe bespricht noch ein Carcinom der Vagina bei einer 37jährigen Frau, Mutter von 7 Kindern, bei gleichzeitiger Schwangerschaft im 3. Monat. Von Einleitung der künstlichen Frühgeburt wurde der Schwäche der Frau halber abgesehen, der Tod erfolgte bald septikämisch, Section nicht gestattet.

Alex. Barid (Perth) spricht über Aetiologie des Puerperalfiebers, indem er seine Verwandtschaft mit anderen Infectionskrankheiten, besonders den erysipelatösen Processen hervorhebt. Im Jahr 1873 entband er in Northumberland zu einer Zeit, als er stark mit Scharlach-Fieber beschäftigt war und in einem der schlimmsten Häuser eine Frau, welche am 3. Tage unter Schüttelfrost erkrankte und bald darauf starb, ohne dass allerdings deutlich Ausschlag eingetreten wäre. 1875 wurde er von einem Freunde in England gebeten, ihn zu vertreten, welcher in den letzten 3 Jahren 50 Fälle von Puerperalfieber mit 12 Todesfällen gehabt hatte, früher dagegen nie; seine 2 Assistenten hatten 4, ein Arzt der Nachbarschaft 20 Todesfälle. Eine Ursache war nicht zu entdecken gewesen, wenn nicht etwa die zu Anfang der Epidemie an einer Typhuskranken gemachte Extraction eines todtfaulen Kindes als solche angesehen werden soll; Scharlach konnte ausgeschlossen werden. Der gewissenhafte Arzt war mehrmals, theilweise auf Wochen, verreist — umsonst; als aber B. die Praxis übernommen hatte, kamen in den ersten 14 Tagen noch 23 Fälle ohne Todesfall vor, später auch noch 3 Todesfälle. dann endete die Epidemie. Erst kürzlich hat B. wieder einen Fall von Puerperalfieber gesehen, bei welchem sich einige Tage nach der Erkrankung eine erysipelatöse Entzündung, ausgehend von den Genitalien nach den Beinen und Leisten hin ausbildete. —

Keiller schlägt vor, wie er zu thun gewohnt sei, alle gynäkologischen Untersuchungen mit der linken Hand zu machen, um sich die rechte für geburtshülfliche Encheiresen frei zu halten. —

Ritchie glaubt nicht, dass die an Scharlach erkrankende Puerpera sich in Puerperio inficirt habe, die Incubationsdauer betrage in minimo 5 Tage, es sei anzunehmen, dass die Puerpera schon im Stadio incubationis entbunden wurde.

Simpson zeigt 2 Früchte vor mit Schädeleindrücken und zwar hatte der erste perforirt und mit der Zange extrahirt werden müssen und zeigte ausser den hierher rührenden Eindrücken noch 2, den einen an der rechten Seite des Stirnbeins, den andern hinten im Genick, jener entsprechend dem Promontorium, dieser dem Schambein des platten und allgemein verengten Beckens, der Kopf hatte sich also hier ähnlich dem Hergang bei normaler Geburt gedreht. Dagegen

war eine quere Stellung des Kopfes vorhanden gewesen bei der anderen Frucht, bei dem die entsprechenden Eindrücke vor und hinter dem betreffenden Ohr waren.

Hamilton (Falkirk) hält einen längeren Vortrag über die von ihm befolgten Regeln bei der Zangenapplication. Von 1371 Gesammtfällen mit 3 Todesfällen hat er 190 Mal mit 2 Todesfällen die Zange angelegt und zwar bedient er sich meist einer sehr langen und starken Zange mit einer Biegung, Modification der Ziegler'schen. Er plaidirt besonders auch für häufigeren Zangen-Gebrauch. In der folgenden Discussion werden von Charles Bell die Vorzüge der Tarnier'schen Zange gerühmt. **Lühe** (Stralsund).

13. Aus der geburtshülflichen Gesellschaft von London.

(Sitzung vom 2. April 1879. The obstetr. Journ. No. LXXIV. 1879. Mai. p. 93.)

Barnes zeigt eine neue Zange des Dr. Marshall aus Mortlake vor, deren Blätter an den Handgriffen in Drehgelenken befestigt sind, so dass sie sich in der Längsaxe selbständig drehen können, um sich dem Kindskopf genau zu adaptiren; das Instrument findet allgemeinen Beifall.

Routh berichtet über den Verlauf einer Tubarschwangerschaft, auf welche intra vitam eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose gestellt war. Es wurde die Punction und Aspiration per Vaginam gemacht und gegen die entstehende Blutung zuerst Tinct. Jodi ohne, dann Liquor Ferri mit Erfolg durch die noch in situ befindliche Aspirationscanüle injicirt. Nach 3 Tagen Schüttelfrost, Fieber (40° C.), Tumor wieder stark ausgedehnt, eine sich als Decidua ausweisende Membran wird entleert, am folgenden Tag Tod unter starken Schmerzen in der Regio iliaca. Section zeigte ausser allgemeiner frischer Peritonitis Ruptur des Eisacks, welche von der rechten Tube ausging, hinter dem Uterus lag, und Placenta, Blutklumpen sowie einen 3 Monat alten Fötus enthielt. **Lühe** (Stralsund).

14. Aus der geburtshülflichen Gesellschaft zu Dublin.

(Sitzung am 4. Jan. 1879. The obstetr. Journ. No. LXXIII. 1879. April. p. 43.)

Atthill sah einen durch Zug eines Fibroids am Fundus total invertirten Uterus, welchen er aber selbst für ein Fibroid hielt, und hatte schon die Schlinge des Ecraseurs um den vermeintlichen Stiel, das Collum, gelegt und sie anzuziehen angefangen, als heftige Schmerzen eine nochmalige Untersuchung veranlassten und hiermit der Sachverhalt aufgeklärt wurde. Tamponade. Später wurde in 2 Sitzungen zuerst das wirklich vorhandene kleine Fibroid ecrasirt, in der 2. Sitzung durch ein napfförmiges gegen die Brust des Operateurs gestemmtes Instrument, während das Os uteri durch scharfe Haken nach unten gezogen wurde, die Reduction der Inversion zu Stande gebracht. Ueble Erscheinungen traten nicht ein, obgleich die Krankheit schon Monate lang bestand und die Kräfte durch Blutungen erschöpft waren. Macan erwähnt eines Falles von Inversio, in welchem die Reduction nicht gelang und welcher wegen lebensgefährlicher Blutungen zur Abtragung der Hälfte des Uterus führte. Man erkannte als Grund des Repositionshindernisses die Verwachsung des peritonealen Uterusüberzuges. Sinclair hat in einem Fall nach vergeblicher Taxis die Ligatur vorgenommen, am 5. Tage nach eingetretener Zersetzung des abgeschnürten Theiles diesen mit der Scheere entfernt; der Stumpf mit der Ligatur darum wurde 48 Stunden später abgestossen. **Lühe** (Stralsund).

15. **R. Bell** (Glasgow). Behandlung eines Falles von Uterusfibroid durch Ergotinsuppositorien. (The Lancet. 1879. März 15. p. 367.)

Verf. wendet Suppositorien an, die 0,25 Ergotin enthalten, anstatt der subcutanen Anwendung, auf die er häufig Abscesse folgen sah; jeden Abend eines. Verf. zählt 3 erfolgreiche Fälle auf. **Underhill** (Edinburg).

16. **W. Oxley.** Albuminurie mit Retinitis in der ersten Schwangerschaft, Apoplexie am Ende der zweiten. (The Lancet 1879. März 29.)

Eine Ipara wurde plötzlich im 7. Monate blind; sonst keine Gesichtsstörung. Im Urin Eiweiss und Cylinder. Nach 3 Wochen trat Coma ein, doch nach der

Entbindung am Ende des 8. Monats von einem todtgeborenen Kinde trat Heilung ein, mit fast völliger Wiederherstellung des Sehvermögens. In der zweiten Schwangerschaft trat nahe dem Ende rechtseitige Hemiplegie mit Coma und langanhaltender Störung des Verstandes ein. Kind lebend. Unvollkommene Herstellung der Kraft in Arm und Bein. **Underhill** (Edinburg).

17. **Dempsay** (Ireland). Verdoppelung der Scheide und des Muttermundes. (Dublin med. Journ. 1878. p. 427. Nov.)

Bei einer in der Geburt befindlichen Erstgebärenden fanden sich 2 Vaginalöffnungen, ein Septum erstreckte sich schräg zwischen beiden hinauf bis zum Muttermund, der dadurch ebenfalls getheilt war. Ein Finger, in die eine Oeffnung eingebracht, gelangte leicht in die andere.

Durch die Geburt zerriss das Septum. Kind lebend geboren. Eine weitere Untersuchung nach der Geburt wurde versäumt. Nach einem heftigen Fieberanfall erfolgte Genesung. **Underhill** (Edinburg).

18. **Clay** (Birmingham). Ovarientumor. Atresie der Vagina. Hypertrophie des Cervix uteri. — (The Lancet 1878. Novemb. 16. p. 694.)

Alle 3 Fälle kamen in der Hospitalpraxis vor. Der erste antiseptisch operirt, ohne weiteres Interesse. Im 2. Fall erschienen die äusseren Genitalien von normaler Bildung, der Hymen zeigte keinerlei Vorwölbung, die Vaginalwände lagen an einander und nur vom Rectum aus fühlte man den vergrösserten Uterus. Eine Oeffnung im blinden Scheidengewölbe entleerte das verhaltene Menstrualblut, darauf rasche Wiederherstellung.

Fall 3 betrifft eine 38jährige Multipara, die an Metrorrhagien litt. Die Muttermundslippen vergrössert und ödematös, wurden mit dem Paquelin'schen Thermokauter entfernt. Darauf Heilung. **Underhill** (Edinburg).

19. **Ritter von Rittershain** (Prag). Die exfoliative Dermatitis jüngerer Säuglinge. — (Centralzeitung für Kinderheilkunde II. Jahrg. No. 1.)

Eine ganz ausführliche Darstellung dieser vom Verf. zuerst eingehender gewürdigten und von ihm für eine eigenthümliche Form der pyämischen Erkrankung erklärten Krankheitsform, welche vorzugsweise Kinder der ersten Lebenswochen befällt. **Schellenberg** (Leipzig).

20. **Eustache.** Ueber einen Fötus derencephalus.

(Archives de Tocologie 1879. Februar.)

Bekanntlich trennt J. Geoffroy-St.-Hilaire diejenigen Hemicephalen, deren Wirbelcanal nur bis zur Mitte des Rückens gespalten ist, von denen mit vollständiger Wirbelcanalspalte, und nennt die ersteren Dérencéphalen, die letzteren Anencéphalen. Von der ersteren Art beschreibt Verf. einen Fall, ohne etwas neues oder interessantes zu bringen. Ein grosser Theil der Arbeit beschäftigt sich, wie so häufig bei französischen Autoren, damit, dem erwähnten Falle irgend eine Stelle in dem alten wackligen Gebäude der Classification des G. St. Hilaire anzuweisen. Man fühlt ordentlich die Befriedigung des Verf.'s heraus, wenn es ihm gelungen ist, seine Missbildung glücklich in den 2 classes, 6 ordres, 12 tribus, 24 familles und 80 genres différents untergebracht zu haben.

Die Ursachen der Entstehung kommen dagegen sehr kurz weg. Die beachtenswerthe Angabe Dareste's, der die Hydropsie des Wirbelcanales als ursächliches Moment angiebt, verwirft E. für seine Beobachtung, da an seinem Fötus Hydropsie nicht zu bemerken gewesen sei. Als ob man an der reifen Frucht mit gespaltenem Wirbelcanale noch Wasseransammlung finden werde.

E. registrirt 14 Fälle aus der französischen und englischen Literatur. In der deutschen hat er keinen gefunden! Bei Förster sei die Dérencéphalie nicht einmal erwähnt. Entgangen ist dem Verf. eine Beobachtung aus der französischen Literatur, die sich, genauer beschrieben, in Lancereaux, Traité d'anatomie pathologique, p. 121, findet. **Ahlfeld** (Leipzig).

21. **W. Beeby** (Bromley). Zerreissung der Vagina bei der Geburt.
(Brit. med. Journ. 1879. Januar 18.)

Eine 27jährige Erstgebärende gebar ohne Kunsthülfe in 6stündiger Geburt, die nach keiner Richtung etwas Besonderes bot, einen reifen Knaben. Auch die Placenta kam mit leichter Nachhülfe (welche, ist nicht gesagt). Bald jedoch nahm Puls- und Respirationsfrequenz zu und dazu gesellte sich anhaltender Leibschmerz mit Collapssymptomen. Der Tod erfolgte trotz aller angewandten Mittel 9 Stunden post partum.

Die Section ergab eine Zerreissung des hinteren Scheidengewölbes mit Bluterguss in die Bauchhöhle. Das Herz war stark fettdurchwachsen, die Muskulatur weich, brüchig; die Lungen ödematös, blutreich.

Gesetzt, es liesse sich in dem Falle absolut spontane Entstehung erweisen, so wäre der Fall gerichtsärztlich von Bedeutung. **Fehling** (Stuttgart).

22. **G. Leopold** (Leipzig). Ueber die künstliche Frühgeburt bei hoffnungsloser Erkrankung der Mutter. — (Archiv für Gynäkol. Bd. XIV. Hft. 2.)

Veranlasst durch die Stehberger'sche Mittheilung (im I. Bde. des Arch. für Gynäkol.), welcher in 2 Fällen von voraussichtlichem Tode der Mutter noch vor der rechtzeitigen Entbindung (in Folge von Phthisis pulm. und vitium cordis) die künstliche Frühgeburt einleitete und 2 lebende Kinder erzielte, dadurch also den Kaiserschnitt an der Todten umging, theilt L. einen gleichen Fall mit:

22jährige Igravid. leidet an Phthise, die namentlich seit der Mitte der Schwangerschaft rapide Fortschritte gemacht hat. Es bestehen hochgradige Athembeschwerden mit häufigen Erstickungsanfällen, Schlaf- und Appetitlosigkeit, profuse Nachtschweisse, Puls constant 110—120. Temperatur Abends 39—40°. Einleitung der Geburt ca. 4 Wochen a. t. durch Einführen eines Bougie. 12 Stunden darnach kräftige Wehen; 4 Stunden später wird mit dem Forceps leicht ein lebendes Mädchen entwickelt, welches an der Brust einer Amme gut gedieh.

Die Kranke fühlte sich subjectiv zwar bedeutend erleichtert, doch blieben Puls und Temperatur hoch, und es erfolgte am 18. Tage ruhiger Tod.

Trotz dieser günstigen Erfolge müsse man doch die Einwände berücksichtigen, welche Spiegelberg gegen diese Indication zur künstlichen Frühgeburt erhoben habe:

1) Sei nämlich das Urtheil über die absolute Hoffnungslosigkeit einer Krankheit und über den Termin des Todes an derselben in nur wenigen Fällen ein sicheres;

2) werde durch die Geburt nicht selten eine Verschlimmerung des Leidens erfolgen und

3) könne es grausam erscheinen, dadurch die letzten Lebenstage der Kranken zu verkümmern. **Schwarz** (Halle a/S.).

23. **Magnus.** Perforation eines hydrocephalischen Kopfes durch den Rückenmarkscanal.
(Howitz: Gynäkol. og obstetr. Meddel. Bd. II. Hft. 1.)

Bei einer Extraction begegnete Verf. grossen Schwierigkeiten im Hervorhelfen des Kopfes. Durch Forceps und Kephalothrypter wurde das Ziel nicht erreicht. Das scheerenförmige Perforatorium glitt ab, und ein trepanförmiges war nicht zur Hand. Es wurden dann einige Brustwirbel ausgeschnitten, und ein elastischer Katheter wurde in den Rückenmarkscanal eingeführt. Wasser fliesst ab wie von einer stark gespannten Blase; und die Geburt wurde bald vollendet.

Ingerslev (Copenhagen).

24. **Netzel.** Exstirpation der normalen Ovarien.
(Svenska Läkareselsk. Förhandl. — Hygiea 1878. No. 7.)

Die Operation hatte zum Zweck ein grosses Fibroid durch Hysterotomie zu entfernen, konnte aber nicht vollendet werden, da es beim Einwachsen der Geschwulst im Ligam. latum unmöglich war einen Stiel zu bilden. Die Ovarien wurden dann exstirpirt, das linke war schwer zu isoliren. — Tod 39 Stunden nach der Operation in Folge von Peritonitis. — **Ingerslev** (Copenhagen).

25. Warfwinge. Fall von Lammbluttransfusion.

(Svenska Läkareselsk. Förhandl., Hygiea 1878. No. 6 und 7.)

21jähr. Secundipara. Nach der Entbindung (Perforation bei Hydrocephalus) starke Blutung am 2.—3. Tage, gegen welche heisse Wassereinspritzungen gute Wirkung zeigten. Unter der Diagnose Anämia post partum ins Krankenhaus geschickt. Eine resistente Ausfüllung wurde im untersten Theile des Unterleibes gefühlt, jauchige Secretion von der Vagina. Die Blutung wiederholte sich, die Menge der rothen Blutkörperchen war 989000 pr. 1 cmm. Gegen eine neue Blutung wurden vergebens heisse Injectionen versucht. Am folgenden Tage 701500 Blutkörperchen pr cmm. Es wurde Transfusion mit Lammblut angestellt. $1^1/_2$ Stunde nach der Transfusion war die Menge der Blutkörperchen 966000. 2 Stunden später eine abundante Blutung, wonach lethaler Ausgang. — Von der Section wird hervorgehoben: Flexura sigmoidea am Fundus uteri angelöthet eine faustgrosse Höhle mit jauchigem Eiter bildend, und mit einer ähnlichen Höhle im linken Lig. latum communicirend, von welcher eine Oeffnung nach dem Uterus führte 3 cm über dem Orif. ext. Die Uterinschleimhaut missfarbig belegt mit Thromben in der Wand.

Ingerslev (Copenhagen).

26. Trautner. Ruptura uteri.

(Howitz: Gynäkol. og obstetr. Meddel. Bd. II. Hft. 1.)

Schulterlage bei einer 8 Mal Gebärenden. Nach Wendung und Extraction Vorfall des Dickdarms durch eine 8 cm lange longitudinale Ruptur in der vorderen Cervicalwand. Als die Reposition des Darmes nicht gelang, wurde er punctirt, fiel aber nicht zusammen, indem das spitze Ende eines Spulwurms sich in der Oeffnung präsentirte und beim Versuche der Extraction zersprang. Später spontane Reposition des Darmes. Kurz nachher lethaler Ausgang.

Ingerslev (Copenhagen).

27. Netzel. Ovariotomie.

(Hygiea 1878. p. 94.)

Eine multiloculäre linksseitige Cyste wurde exstirpirt und der Stiel in 2 Theilen mit Seidenligatur unterbunden. Die Operation im Ganzen uncomplicirt. Nach kurzer Zeit traten Rückenschmerzen, frequenter Puls und Meteorismus ohne Resistenz oder Dämpfung des Abdomen ein, am dritten Tage wurde aber per Rectum eine Ausfüllung bemerkt. Am fünften Tage Tod. Die Section ergab eine diffuse Peritonitis und in der Peritonealhöhle einen Erguss von ca. 1000 g Blut, von der einen Hälfte des Stieles herrührend, deren Ligatur verschwunden war. —

Ingerslev (Copenhagen).

28. Boegehold (Berlin). Pilocarpin bei Urämie.

(Deutsche med. Wochenschrift 1878. No. 49.)

1) 29jähriger Mann, chronische Nephritis mit heftigen urämischen Krämpfen. Pilocarpin 0,02 subcutan 2 Dosen. Nach 4 Minuten profuser Schweiss, kein Anfall mehr.

2) 25jährige Frau, gravida 5 Monate. Oedeme, Urin reichlich Eiweiss, Sopor, eklamptische Anfälle. 2 Injectionen von 0,02 Pilocarpin. Nach 5 Minuten reichlicher Schweiss, kein Anfall mehr. Keine Wehen.

3) 22jähriges Mädchen. Nephritis scarlatinosa, starke Oedeme; urämische Krämpfe, nach 2 Injectionen starke Diaphorese, keine Anfälle mehr. Die Oedeme wurden durch tägliche Injectionen allmälig zum Verschwinden gebracht.

Schellenberg (Leipzig).

Berichtigung: In der Original-Mittheilung des Herrn Professor Litzmann in No. 12 d. Bl. muss es heissen p. 294, Z. 17 v. o.: Operationswunde fest verklebt statt fast.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S. (Margarethenstrasse 5), an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart (Alleenplatz 3), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Dritter Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 15 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 15. **Sonnabend, den 19. Juli.** **1879.**

I. Ueber den Einfluss der Abnabelungszeit auf den Blutgehalt der Placenta.

Von

Dr. Rob. v. Haumeder,

gew. Secundararzt der gynäkologischen Abtheilung in Innsbruck.

Ueber den Einfluss der Abnabelungszeit auf den Blutgehalt der Placenta, resp. über die Blutmenge, welche nach der Geburt dem Kinde durch die Nabelschnur noch zugeführt werden kann, sowie über die hierzu nöthige Zeit und die hierbei thätigen Kräfte, wurden in letzterer Zeit mehrere Arbeiten[1]) mit so auffallend differirenden

[1]) Schücking, Berliner klin. Wochenschrift 1877. No. 1 und 2. — Zweifel, Centralbl. für Gynäkologie 1878. No. 1. — Meyer, Centralbl. für Gynäkologie 1878. No. 10. — Wiener, Arch. für Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 1. — Hofmeier, Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkol. Bd. IV. Hft. 1. — Ribemont, Annales de Gynécologie 1879. Febr.

Resultaten veröffentlicht, dass ich mich entschloss, diese nicht unwichtigen Untersuchungen zu wiederholen.

Aeussere Verhältnisse unterbrachen vorzeitig diese Arbeit; da aber bereits, wenigstens nach einer Richtung hin, positive Resultate gewonnen waren, so halte ich dieselben umsoweniger einer Veröffentlichung für unwerth, als sie genau mit anderen, aber auf ganz verschiedenem Wege gewonnenen Resultaten übereinstimmen.

Die Methode, nach welcher ich verfuhr, weicht nur wenig von jener Meyer's ab. Ich arbeitete folgendermassen:

Sofort nach Geburt der Placenta drückte ich aus derselben durch den Nabelstrang Blut in ein Kolbenfläschchen, verschloss selbes und schüttelte durch 15 Minuten. Hierauf wurde die Placenta mittelst trockener Tücher von dem ihr anhaftenden mütterlichen Blut gereinigt, gewogen und in einer zu diesem Zwecke sich vorzüglich eignenden Fleischhackmaschine zu einem dünnen Brei zerrieben, der dann über einem Filter aus grober Leinwand so lange mit Wasser ausgelaugt wurde, bis selbes selbst bei grösserem Drucke keine Blutfärbung mehr zeigte. Nachdem nun das Waschwasser seinem Volumen nach genau bestimmt war, filtrirte ich einen Theil desselben und gab dann 100—150 ccm dieses Filtrates in einen 13,3 ccm im Durchmesser haltenden Glascylinder, der mit einem Liter Wasser gefüllt war. Einem zweiten, genau gleich grossem und ebenso gefülltem Glascylinder fügte ich mittelst Capillarpipette aus dem früher abgewogenen Kolbenfläschchen so viel Blut zu, bis ein etwas dunklerer Farbenton als jener des ersten Cylinders erreicht war. Nun setzte ich so lange cubikcentimeterweise Waschwasserfiltrat dem I. Cylinder zu, bis kein Unterschied in der Färbung der Vergleichungsflüssigkeiten mehr zu erkennen war. Damit glaube ich am besten der von Meyer richtig hervorgehobenen Schwierigkeit begegnet zu sein, dass man der Vergleichungsflüssigkeit einen zu dunkeln Farbenton giebt und dadurch zu hohe Zahlen bekommt.

Die Gewichtsdifferenz des Kolbenfläschchens vor und nach dem Vergleich entspricht der Gewichtsmenge des im I. Cylinder enthaltenen Blutes.

Die Tauglichkeit der Cylindergläser zum Vergleich, sowie meinen Farbensinn hatte ich früher mit Blutlösungen geprüft.

Ferner wurden nur vollkommen intacte Placenten reifer, nicht asphyktischer Kinder verwendet, wobei ich mich bemühte, in allen Fällen in möglichst gleicher Weise zu verfahren. Die Temperatur des Arbeitszimmers betrug nur wenige Grade über Null, da bei gewöhnlicher Zimmertemperatur die Blutlösungen schon nach einigen Stunden in Folge der beginnenden Zersetzung sich etwas dunkler färben.

Ich fand:

I. Kinder nach Geburt der Placenta abgenabelt.

A. Placenta kam rasch (d. h. wenige Minuten nach Geburt des Kindes).

	Gewicht der Frucht	Gewicht der Placenta	Gewicht des Blutes		Geburt der Placenta.
1) 27jähr. Ipara	3122	773,30	185,00	= 23,92 %	spontan.
2) 25 - -	3367	491,69	110,39	= 22,45 -	Credé.
3) 20 - -	3466	461,18	91,90	= 19,92 -	spontan.
4) 24 - -	3338	642,71	133,04	= 20,69 -	Credé.
5) 22 - -	3350	604,84	145,52	= 24,05 -	Credé.

Durchschnittlicher Blutgehalt der Placenta **22,2 % = 133,2 g** (bei einem Durchschnittsgewicht der Placenta von 600 g).

B. Placenta kam spät (15—75 Minuten) nach der Geburt des Kindes.

		Gewicht der Frucht	Gewicht der Placenta	Gewicht des Blutes	
6) 21 jähr.	IIpara	2890	431,32	51,78 = 12,00 %	spontan
7) 22 -	Ipara	3312	503,62	94,42 = 18,75 -	spontan
8) 25 -	IIIpara	3453	556,39	104,17 = 18,72 -	spontan
9) 22 -	Ipara	3160	490,24	64,81 = 13,22 -	spontan
10) 25 -	-	2980	416,59	56,31 = 13,51 -	spontan

Durchschnittlicher Blutgehalt der Placenta **15,24 % = 91,44 g Blut.**

II. Kinder gewöhnlich, d. h. nach Aufhören des Nabelschnurpulses abgenabelt.

		Gewicht der Frucht	Gewicht der Placenta	Gewicht des Blutes	
11) 33 jähr.	IIpara	2811	493,42	107,97 = 21,88 %	spontan
12) 32 -	Ipara	2988	412,81	88,85 = 21,54 -	spontan

Durchschnittlicher Blutgehalt der Placenta **21,71 % = 130,26 g.**

III. Kinder sofort nach der Geburt abgenabelt.

		Gewicht der Frucht	Gewicht der Placenta	Gewicht des Blutes	
13) 20 jähr.	Ipara	3295	525,12	142,96 = 27,22 %	spontan
14) 19 -	-	3400	695,36	200,08 = 28,77 -	spontan
15) 29 -	IIpara	3840	579,09	152,57 = 26,34 -	spontan

Durchschnittlicher Blutgehalt der Placenta **27,44 % = 164,84 g.**

(Anmerkung.) Versuchshalber bestimmte ich den Blutgehalt einer 733,7 schweren, sub III gehörenden, an der Uterinfläche eingerissenen Placenta einer 18 jähr. Ipara. Frucht 3105, auf 22,35 % ihres Gewichtes. Es traten also beiläufig 5 %, i. e. 35 g Blut aus den Rissstellen aus.

Hieraus ergeben sich nun folgende Resultate:

I. Durch die sofortige Abnabelung wird dem Kinde ein Blutquantum von beiläufig 70 g entzogen.

II. Vom Moment der Geburt bis zum Aufhören des Pulses in der Nabelschnur gewinnt das Neugeborene bei 36 g Blut.

III. In jenen Fällen, wo bei später Abnabelung auch die Ausstossung der Placenta spät erfolgt, werden dem Kinde selbst nach Aufhören des Nabelschnurpulses noch bei 30 g Blut zugeführt.

IV. Der Druck des Uterus auf die Placenta, selbst durch den Credé'schen Handgriff unterstützt, ist für die Austreibung des Blutes von nebensächlicher Bedeutung.

Diese Zahlen, die sich, wie gesagt, nur auf lebensfrische, ausgetragene Früchte beziehen, stimmen mit den von Schücking und Hofmeier gefundenen genau.

Schücking beobachtete in einer Reihe von Fällen das Verhalten des Gewichtes der Neugebornen von unmittelbar nach der Geburt an bis zur Ausstossung der Placenta, und constatirte während dieser Zeit eine durchschnittliche Gewichtszunahme von 70 g.

Hofmeier fand mittelst 32 Wägungen analog jenen Schücking's als durchschnittliche Gewichtszunahme des Neugeborenen während der Nachgeburtsperiode 60—70 g.

Es stellte sich während der Untersuchungen die Nothwendigkeit heraus, bei den spät Abgenabelten zwischen jenen Fällen zu unterscheiden, wo die Placenta, sei es spontan oder mittelst Credé'schen Handgriffes, rasch auf die Geburt des Kindes folgte, und solchen, wo bis dahin längere Zeit (15—75 Minuten) verstrich.

Daraus geht auch die Bedeutung der Uteruscontractionen auf die Entleerung der Placenta deutlich hervor.

Wären dieselben, wie gewöhnlich angenommen wird, die Hauptursache des Uebertritts des Placentarblutes in die geborene Frucht, so könnte keine so auffallende und constante Differenz im Blutgehalte spät abgenabelter Placenten (40 g) vorkommen. Selbst die durch den Credé'schen Handgriff ausgepressten Placenten zeigen nicht im mindesten einen geringeren Blutgehalt, als die spontan geborenen derselben Categorie.

Wohl aber wird der Blutgehalt der Placenta um so geringer, je länger die Nachgeburtsperiode bei intacter Nabelschnur dauert. Es bedarf zur grösstmöglichen Entleerung der Placenta einer längeren Zeit, die wahrscheinlich mit der vollständigen Entfaltung des Lungenkreislaufes im Zusammenhang steht, während welcher das Blut aus der Placenta aspirirt wird.

Ribemont, Budin bezeichnet auch die Aspiration des Thorax als die Hauptursache des Uebertritts des Placentarblutes in die Frucht; die Pression des Uterus sei von unterstützender und secundärer Bedeutung.

Schücking, der diesbezüglich anderer Ansicht ist, beobachtete bei seinen Wägungen, dass die grösste Gewichtszunahme der Neugebornen gleich nach der Geburt erfolgt, also zu einer Zeit, wo die Uteruscontractionen gewiss die geringste Bedeutung haben.

Den praktischen Werth der späten Abnabelung hat Hofmeier in seiner bereits erwähnten Arbeit deutlich illustrirt. Er constatirte nämlich, dass so spät abgenabelte Kinder sowohl absolut wie relativ zum Anfangsgewicht weniger abnahmen und zwar um durchschnittlich fast 1 % ihres Körpergewichtes als 50 andere Kinder, die einige Minuten nach der Geburt, ohne Rücksicht auf den Nabelschnurpuls abgenabelt wurden.

Auch Schücking fand, dass spät Abgenabelte um ungefähr 10 Tage früher ihr Anfangsgewicht erreichen als die früh Abgenabelten; also, mit anderen Worten, nie einen derartigen Gewichtsverlust erleiden.

Meyer berichtet in einem späteren Aufsatze (Centralbl. für Gynäkol. 1879, No. 9), dass er beim Vergleich der Gewichtsschwankungen 20 spät und ebensoviel früh abgenabelter Kinder in den ersten 10 Tagen ein für letztere sogar günstigeres Resultat erhalten, und kommt zum Schluss, dass der Zeitpunkt der Abnabelung ohne Einfluss auf die Gewichtsverhältnisse der Kinder sei.

Die Bemerkung Schücking's, dass spät abgenabelte Früchte eine auffallende Hyperämie und erhöhte Reflexerregbarkeit zeigen,

kann ich auf Grund von 64 Beobachtungen spät abgenabelter Kinder nicht bestätigen.

Das zu diesen Untersuchungen nöthige Material wurde mir von meinem Vorstande, Herrn Prof. Kleinwächter, in bereitwilligster Weise zur Verfügung gestellt, wofür ich hiermit bestens danke.

Desgleichen fühle ich mich Herrn Prof. Loebisch verpflichtet, der mir die nöthigen Apparate aus seinem Laboratorium freundlichst überliess.

---

1. **F. Winckel** (Dresden). Ueber eine bisher nicht beschriebene endemisch aufgetretene Erkrankung Neugeborener.

(Deutsche med. Wochenschrift 1879. No. 24 und 25.)

Am 19. März erkrankte in der Entbindungsanstalt zu Dresden, am 3. Tage nach normaler Geburt, ein Kind unter ganz eigenthümlichen Erscheinungen; an diesen Fall schloss sich eine Endemie an, welche mit einer Unterbrechung von 10 Tagen (nach Isolirung der Erkrankten) bis zum 21. April dauerte und 23 Kinder ergriff. Von diesen starben 19 (82 %) nach einer Durchschnittsdauer der Krankheit von 32 Stunden; 1 wurde gesund, 2 mit Krankheitssymptomen, 1 wesentlich gebessert entlassen. Der Tag der Erkrankung variirte (1.—12.), meistens war es der 4. Lebenstag. Die Kinder waren meist ausgetragen, die Geburten normal, ebenso die Wochenbetten. 9 Knaben, 14 Mädchen; 18 wurden an der Mutterbrust ernährt.

Verf. schildert die Symptome an dem Kinde, das am ersten Tag nach der Pause erkrankte: 4280 g schwer, kräftig, schrie lebhaft. Die Mutter war 10 Tage, nachdem das letzte Kind erkrankt war, entbunden worden, und hatte einmal in dem Saale, wo die übrigen Kinder erkrankt waren, als Schwangere gewacht. Das Kind bekam am folgenden Tage die Brust, trank wenig und erschien benommen. Am 2. Tage sind die Erscheinungen schon ganz charakteristisch: Cyanose des ganzen Körpers, Conjunctiva schwach ikterisch, seufzende Respiration; Urin blassbräunlich, häufig unter pressenden Bewegungen entleert, Hämoglobinurie. Der Urin enthielt ausserdem Blasen- und Nierenbeckenepithelien, körnige Cylinder mit Blutkörperchen, Micrococcen und Detritusmassen, harnsaures Ammoniak und Eiweiss. Temperatur normal, in keinem Falle wurde Fieber constatirt. Höchst merkwürdig ist die Beschaffenheit des Blutes. Wenn man die cyanotischen Stellen ritzt, so tritt zunächst kein Blut aus, erst auf stärkeren Druck quillt eine syrupdicke, fast schwarzbraune Flüssigkeit hervor. Es zeigt Vermehrung der farblosen Blutkörperchen, und Mengen kleiner Körnchen (Detritus von farbigen Blutkörperchen) und kleine Körperchen mit molekularer Bewegung. Der Leib nicht aufgetrieben, normal weich. Leber etwas vergrössert. Brustorgane normal, Herztöne etwas dumpf. Im Fortschreiten der Krankheit traten convulsivische Erscheinungen auf an den Extremitäten und den Augen-

muskeln, dann erfolgt der Tod in wenigen Stunden unter Steigerung der Convulsionen.

Sectionsergebnisse: Affection der Nabelgefässe nur in einem einzigen Falle vorhanden. Leber aufgetrieben, dunkelbraun, manchmal körniger Zerfall derselben; Milz verdickt und vergrössert; Pankreas ausserordentlich hyperämisch. Nierencorticalsubstanz braun, manchmal mit dunklern Streifen, in den Papillen häufig Hämoglobininfarcte. Der Magen immer sehr dilatirt, manchmal ballonartig aufgetrieben, hier und da Ecchymosen. Unterhalb des Duodenums beginnt eine Reihe von Ecchymosen, welche die Schleimhaut des ganzen Darmes dicht durchsetzen; Schwellung der Plaques, enorme Schwellung der Mesenterialdrüsen. Ecchymosen der Pleura; im Gehirn Oedem und Erweiterung der Ventrikel, starke Hyperämie und einzelne kleine Extravasate, bei einzelnen Fällen ausgesprochener Ikterus. Aetiologisch kann bis jetzt nur angeführt werden, um was es sich nicht handeln kann. Es sind ausgeschlossen: Folgen der Geburt, Puerperalinfection des Neugeborenen, Vergiftungen, namentlich Morphium, Opium, Phosphorsäure, Kali chloricum. Es kann nicht eine Folge der Nahrung, nicht eine der Bäder (Einwirkung hoher Temperaturgrade) sein, ebenso wenig ist in der Kleidung oder den Räumlichkeiten eine Ursache vorhanden. Die Schädlichkeit muss sehr intensiv sein; sie muss direct ins Blut eindringen und nimmt vielleicht ihren Weg durch die Verdauungsorgane, da hier die intensivsten Unordnungen waren.

Verf. schlägt als Namen vor Cyanosis afebrilis icterica perniciosa cum Hämoglobinuria. **Schellenberg** (Leipzig).

---

2. **W. Perlis** (St. Petersburg). Beobachtungen über die Configuration des Kindskopfes während der Geburt.

Inaug.-Diss. 1879. 67 Seiten 10 Tafeln. [Russisch.]

Als Material dienten 99 Kinder nach normalen Schädelgeburten. Messungen wurden gemacht unmittelbar nach der Geburt und dann alle 24 Stunden bis zum 3.—5. Tage. Ausser den gewöhnlichen Maassen hat P. auch den D. sus-occipitomentonier oder maximus (Budin) in Betracht gezogen; auch hat er versucht, vermittelst Blei- oder Zinnstreifen die Form des Kopfes direct abzunehmen und zu zeichnen. Das sind die Tafeln. — Die durchschnittlichen Maasse, ebenso Länge und Gewicht der Kinder sind kleiner als die Maasse bei Schröder, auch sind die Köpfe mehr dolichocephal (Index = 77,5, besonders die der Knaben). Die Maasse wachsen mit dem Alter der Mutter und der Zahl der vorhergegangenen Geburten; letztere scheint die grössere Bedeutung zu haben. — P. resumirt seine Schlüsse folgendermassen.

1) Während des Geburtsactes erfolgt sowohl eine compensatorische Formveränderung, als auch eine absolute Verkleinerung des Kindskopfes.

2) Die Formveränderung überwiegt bei weitem die Verkleinerung.

3) Der verticale Durchmesser wird sub partu am stärksten zusammengedrückt.

4) Der kleine quere wird mehr verkleinert, als der grosse.

5) Der gerade vergrössert sich nicht, sondern wird verkleinert.

6) Der grosse diagonale verkleinert sich sub partu.

7) Bei Messungen des Kindskopfes soll immer der D. maxim. gemessen werden, der sich stets vergrössert.

8) Die während der Geburt verlängerten Durchmesser gelangen früher zur Norm, als die verkürzten.

9) Die verkürzten Durchmesser wachsen bis zum 4. Tage p. p.

10) Die Kindsköpfe erleiden bei Erstgeburten stärkere Configuration, als bei wiederholter Geburt.

11) Die weichen Geburtswege wirken bedeutend auf die Configuration des Kopfes.

12) Je länger die Geburt nach dem Blasensprunge dauert, desto grösser ist die Formveränderung des Kindskopfes.

13) Knabengeburten sind schwerer als Mädchengeburten. — Die Arbeit ist unter Leitung von M. Horwitz gemacht.

E. Bidder (St. Petersburg).

---

3. J. **Morris** (Baltimore). Der Scheidentripper.

(Virg. med. Monthly 1878. August.)

Verf. bespricht die Häufigkeit des Trippers bei kleinen Mädchen in Folge der leichteren Infection der hervorragenden Geschlechtstheile des weiblichen Kindes durch Tücher, Kleider, am Abtritte u. s. w. und wie ein Tripper (vielleicht vom Pater familias, oder einem anderen erwachsenen Mitgliede der Familie ausgehend) sich oft auf die Mutter und alle Kinder erstreckt. (Ref. hat dieses wiederholt in der Armenpraxis beobachtet.) Verf. betont ferner die Schwierigkeit, ja Unmöglichkeit der Unterscheidung eines Scheidentrippers von einem heftigen, gelblich-grünliche Flüssigkeit secernirenden, nicht infectiösen Vaginalkatarrh; weder Geruch, Aussehen, noch Mikroskop können die unbedingte differentielle Diagnose machen. Die Anamnese und die sociale Stellung der Pat. müssen oft den Ausschlag geben. Die häufige Hartnäckigkeit des Trippers gegen Behandlung wird hervorgehoben. Adstringentien, besonders Sol. arg. nitr. in verschiedner Stärke, local; Cubeb mit Alaun innerlich. **P. F. Mundé** (New-York).

---

4. P. **La Pierre** (Berlin). Ueber das Verhalten des Uterus und Cervix bei Contractionen und die Bildung des unteren Uterinsegments.

Inaug.-Diss. 1879. Berlin.

Verf. hat aus den Sectionsprotocollen der K. Entbindungsanstalt zu Berlin 11 Fälle ausgewählt, in welchen der Tod der Frau zwischen $^1/_4$ und 120 Stunden nach der Entbindung eingetreten war und hieran

die Veränderungen am Uterus und Cervix nach der Geburt studirt. Er findet daher einen mit der Länge der nach der Geburt verstrichenen Zeit abnehmenden Unterschied in der Dicke der Wand an den einzelnen Stellen des Uterus. Während Anfangs am Fundus eine Dicke von 3, am Corpus von 4 und dicht oberhalb des Ost. int. eine solche von 1—1$^1/_2$ cm beobachtet worden, sind nach 5—6 Tagen diese Unterschiede verschwunden. Dabei ist zu bemerken, wie der Bandl'sche Ring (»Contractionsring«) mit der zunehmenden Involution des Uterus nach unten schreitet und so lange dem Ost. int. sich nähert, bis er gar nicht mehr zu sehen ist. Verf. gelangt zu dem Resultat, dass das untere Uterinsegment mit dem Cervicalcanal nichts gemein hat und dass der innere Muttermund eine anatomische Grenze zwischen Uterus und Cervix stets bildet.

Engelhorn (Winnenthal).

---

5. **Budin** und **Chaignot** (Paris). Ueber den Fötalpuls.

(Mittheilung in der Soc. de biologie. Progr. méd. 1879. No. 13.)

Untersuchungen an 70 Schwangeren in der letzten Zeit der Gravidität haben ergeben:

1. Die fötale Pulsfrequenz steht in keiner Beziehung zum Geschlechte der Frucht.

2. Bei einem und demselben Fötus kommen beträchtliche Schwankungen in der Zahl der Herzschläge vor.

3. Es besteht keine Beziehung zwischen dem Gewicht des Fötus und der Zahl der Herzschläge.

4. In den ersten 24 Stunden nach der Geburt ist eine an keine Regel gebundene Abnahme der Pulsfrequenz gegenüber der intrauterinen zu beobachten.

Engelhorn (Winnenthal).

---

6. **Rauber** (Leipzig). Ueber Absonderung der Milch.

(Sitzungsbericht der Naturforscher-Gesellschaft zu Leipzig 1878. p. 30 u. ff.)

Durch mikroskopische Untersuchung der Mammae säugender Meerschweinchen fand Verf.:

1. Die Lymphgefässe der Brustdrüse stark erweitert und strotzend mit Lymphkörperchen erfüllt.

2. Das Stroma der Brustdrüse mit Wanderzellen infiltrirt.

3. Unveränderte Lymphkörperchen innerhalb der Endbläschen der Brustdrüse.

4. Neben diesen Uebergangsformen von Lymphkörperchen zu den geformten Bestandtheilen der fertigen Milch.

5. Die Epithelien der Drüsenalveolen ohne alle Vermehrungserscheinungen.

Die daraus gezogenen Schlüsse auf die Lymphkörperchen, als Quelle der Milch, ergeben sich aus den Befunden von selbst und bedürfen keiner näheren Ausführung.

Engelhorn (Winnenthal).

---

7. **Feser** (München). Ueber die Milch milzbrandkranker Thiere.

(Wochenschr. für Thierheilkunde und Viehzucht 1879. No. 13.)

Verf. impfte einem säugenden Mutterschafe $^1/_{10}$ ccm Anthraxblut eines Kaninchens. Zwei Tage nachher erhöhte sich die Körpertemperatur auf 41,5° C. (normale Schwankung: 39,5—40,2°), das Thier war aber dabei munter und die Milch hatte normales Aussehen. Nach drei Tagen stieg die Temperatur auf 41,7°, der Appetit fehlte, das Lamm musste sich am Euter abmühen, um sein Bedürfniss zu befriedigen. In der Nacht darauf verendete das Schaf an Milzbrand und fand F. das Lamm am Euter der todten Mutter saugend. Das Lamm wurde noch 3 Wochen hindurch mit Kuhmilch ernährt und zeigte sich während dieser Zeit vollkommen gesund.

Ein saugendes Mutterschaf erhielt $^1/_2$ g frisches colirtes Anthraxblut eines Kaninchens, gemischt mit $^1/_2$ g einer 4 % igen Carbolsäurelösung nach 10 Minuten dauernder Einwirkung der letzteren subcutan injicirt. Zwei Tage nachher stand die Körpertemperatur auf 42,7° C. Das Thier war matt, traurig, appetitlos und das Lamm bekam nur wenig Milch. Nach innerlicher Verabreichung von 4 g Carbolsäure als 1 % wässeriger Lösung innerhalb einer halben Stunde, trat Zittern am ganzen Körper, Wanken des Hintertheils, sowie erschwerte Respiration ein und das Thier verendete nach einer weiteren halben Stunde unter Erstickungserscheinungen. Die Section ergab unzweifelhaften Anthrax. Das Lamm, das am kranken Mutterthiere säugte, wurde 14 Tage lang mit Kuhmilch ernährt und blieb stets gesund.

Eine Viertelstunde vor dem tödtlichen Ausgange der beiden Milzbrandfälle entnahm F. aus deren Euter Milch, die sich äusserlich von der normalen in keiner Weise unterschied, unterm Mikroskope aber vereinzelte Anthraxbacillen nachweisen liess. Von dieser Milch erhielten 2 Schafe je 1 ccm subcutan injicirt. Das eine starb nach 2 Tagen, das andere nach 3, nachdem es kurz vorher 6 g Carbolsäure in 2 Dosen innerlich und 11 ccm einer 4 % wässerigen Carbolsäurelösung subcutan an der Injectionsstelle applicirt erhalten hatte. Beide Schafe waren exquisit milzbrandkrank.

F. gelangt zu folgenden Schlüssen: Die Milch anthraxkranker Thiere ist in hohem Grade virulent, wenn dieselbe mit verletzten Körpergeweben in Berührung gelangen kann; beim Genusse roher Milch milzbrandkranker Thiere kann trotz der durch Impfung nachgewiesenen Virulenz derselben, jede Benachtheiligung der säugenden Jungen ausbleiben. **Roeckl** (Stuttgart).

---

8. **Nath** (Freienwalde a/O.). Die neue Stellung der preussischen Hebammen zum Staat und zur Geburtshülfe.

Stuttgart, **F. Enke,** 1879.

Das Buch ist in erster Linie für preussische Hebammen und Medicinalbeamte geschrieben, jedoch durch die Vollständigkeit der

älteren und neueren auf das Hebammenwesen bezüglichen Gesetzesdaragraphen auch für die übrigen deutschen Medicinalbeamten von Werth. Nach vollständiger Zusammenstellung aller auf Zulassung, Unterricht, Prüfung, Niederlassung der Hebammen bezüglichen Gesetze und Verordnungen bringt Verf. eine ausführliche und für preussische Verhältnisse berechnete vergleichende Uebersicht über die im neuen preussischen Lehrbuch für Hebammen vom Jahr 1878 veränderten Lehren gegenüber dem bisher gebrauchten von Kanzow.

Der Anhang bringt eine allenfalls für Hebammen als Repetitionsschema dienende Uebersicht der den Hebammen gestatteten Mittel und Hülfeleistungen in den verschiedenen Stadien der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbetts, sowie eine aus dem Lehrbuch gezogene Zusammenstellung der Fälle, in welchen die Hebammen zum Holen des Geburtshelfers verpflichtet sind. Ob ein solcher Schematismus für den Hebammenverstand passt, ist zu bezweifeln, da das Denken noch mehr als ohnehin geschieht, dadurch in den Hintergrund gedrängt wird.

Fehling (Stuttgart).

---

9. **Albrecht** (Bern). Wie ernährt man ein neugeborenes Kind.

Bern, **R. Costenoble,** 1879.

Das Buch ist vom Verf. selbst in der Ueberschrift als »unentbehrlicher Wegweiser für Mütter aller Stände« bezeichnet. Dasselbe entspricht seinem damit bezeichneten Zwecke, den Müttern nach den heutigen Anschauungen Aufklärung und Belehrung über die nöthigen Nahrungsmittel und die Darreichung derselben bei Säuglingen zu geben, in klarer, leicht fasslicher Darstellung. Für eine für Laien berechnete Schrift sind einzelne Theile, z. B. der Einfluss der Zahl der Schwangerschaft, des Alters der Mutter auf das Gewicht des Kindes, dann z. B. das Capitel über physiologisches Verhalten der Frauenmilch entschieden zu ausführlich, fast zu wissenschaftlich gehalten. Dagegen hat Verf. unterlassen, genügend zu betonen, dass Veränderungen in der Nährweise der Kinder nur vom Arzte angeordnet werden sollten, ebenso wie er bei Verdauungsstörungen sofort zugezogen werden sollte. Immerhin können die Fachcollegen mit gutem Gewissen das, besonders auch durch seine Kürze ansprechende Buch ihren Klientinnen empfehlen, wenn auch der vom Verf. gewählte Ausdruck als unentbehrlich etwas zu weit gehen dürfte.

Fehling (Stuttgart).

---

10. **Hauff** (Tübingen). Ueber Fremdkörper in der Vagina.

Inaug.-Diss. Tübingen 1878.

Verf. stellt eine Reihe in der Literatur über dieses Thema niedergelegter Fälle zusammen. Kupferkugeln, Haar- und andere Nadeln, Steine, Bier- und Wassergläser, Tannenzapfen, Nadelbüchsen, Geldbörsen, Rüben, Pommadetöpfe, Maikäfer, Pessare, Fragmente von In-

strumenten, alles ist schon in der Scheide, theils zufällig, theils absichtlich zu den verschiedensten Zwecken eingebracht gefunden worden.

Zu dem aus der Literatur gesammelten Materiale reiht Verf. zwei Fälle aus der Prager und Tübinger Klinik. Im ersten Falle wurde auf der Seyfert'schen Klinik, die Krankengeschichte ist in den Sitzungsberichten des Vereins praktischer Aerzte in Prag mitgetheilt, einer 20jährigen Nullipara eine irdene Kaffeetasse, 18 cm im Umfang, $5\frac{1}{2}$ cm hoch, die sie $2\frac{1}{2}$ Jahre in der Scheide getragen hatte, unversehrt am Henkel aus der Scheide gezogen. Ueber Zweck und Art der Einführung ist nichts sicheres mitgetheilt.

Der zweite Fall, auf der Säxinger'schen Klinik beobachtet, zählt sicher zu den interessantesten. 1876 wurde daselbst eine 22jährige Nullipara aufgenommen, die seit einem Jahre an Schmerzen beim Wasserlassen und Gehen mit gleichzeitig aufgetretenen Menstruationsanomalieen und Fluor litt. Am Ende der sehr kurzen, mit zahlreichen spitzen Condylomen besetzten Scheide findet sich eine kleine Oeffnung, durch welche die Sonde in einen Hohlraum dringt, aus dem sich reichlicher übelriechender Eiter entleert. In diesem Hohlraume findet sich ein harter, glatter, 3—4 cm langer, $2\frac{1}{2}$ cm dicker, beim Anschlagen metallisch klingender Fremdkörper, über welchem durch den Mastdarm der kleine Uterus zu fühlen ist. Durch Instrumente und Laminaria wird der Canal erweitert, und nun kann der Fremdkörper mit der Kornzange, aber nur zertrümmert, entfernt werden. Ob derselbe, wie Pat. zuerst angiebt, zu einem Pfeifenkopfe gehört, der ihr einst von ihrem Geliebten in heiterer Laune in die Scheide practicirt worden, oder das Fragment eines Milchglasspeculums darstellt, das einst ein Arzt zur Application von Blutegeln eingeführt und das die Pat., da der Arzt plötzlich abgerufen worden, selbst herausgenommen haben will, gelang nicht zu eruiren.

Ein Jahr nach Herausnahme des fraglichen Körpers in der Klinik stellte sich Pat. mit Gehbeschwerden wieder vor. Das Scheidengewölbe ist durch eine Narbe verschlossen, die Menstruation war seitdem unregelmässig gewesen und der Uterus nur durch das Rectum zu fühlen. Später, Pat. war wieder entlassen worden, trat Lähmung beider Beine auf und die Anverwandten, die sich für Milchglasspeculum erklären, sind gesonnen, den Arzt als Urheber des Leidens gerichtlich zu belangen.

Herdegen (Stuttgart).

---

11. J. Behrend (London). Ueber einige seltene Erkrankungen der äussern weiblichen Genitalien.

(Wiener med. Blätter 1879. No. 14, 16.)

Bei jüngern Frauen vorzüglich tritt, dem Typus der Menstruation entsprechend, an den grossen Labien eine Form von Foruncolosis als eine circumscripte Entzündung des Unterhautzellgewebes oder einzelner Balg- und Haardrüsen auf; doch ist dieser Process von Hu-

gunier's folliculite vulvaire in ätiologischer und morphologischer Beziehung zu trennen. Das hartnäckige Leiden weicht nur der fortgesetzten Anwendung des Nitr. argenti. Im Weitern werden die Hautspaltungen in der Rinne zwischen grossen und kleinen Labien, um die Clitoris und am Perineum (unabhängig von Syphilis oder Vaginalkatarrhen) besprochen. Vaselinpräparate helfen bei leichteren, Lapis infern. bei schwereren Formen, hingegen sind adstringirende Wässer wirkungslos. Schliesslich erwähnt Verf. die von Schröder als chronische Ulcerationen an der vordern und hintern Commissur der Vulva beschriebenen pathologischen Veränderungen.

Felsenreich (Wien).

---

12. **M. Konrád** (Grosswardein). Die Behandlung des Abortus.

(Wiener Klinik 1879. April.)

Nach einer kurzgehaltenen Besprechung der Diätetik der ersten Schwangerschaftsmonate wird die Aetiologie des Abortus erläutert. Infantiler Uterus, Fibroide, Polypen der Cervix, atrophische und hypertrophische Veränderungen der Uterinschleimhaut, Uterusdeviationen, Vaginalkatarrhe, zu häufige Cohabitationen, frühere entzündliche Processe der Gebärmutter und ihrer Adnexa, Fixation der Cervix wie allgemeine Ernährungsstörungen und constante Syphilis werden getrennt behandelt und auch gleichzeitig prophylaktische Rathschläge ertheilt. Polypen der Cervix können ohne Gefahr der Unterbrechung der Gravidität nach mehrfachen Erfahrungen des Verf. entfernt werden; in einem Falle von 4—5 wöchentlicher Schwangerschaft wurde operirt und erst 4 Monate später trat der Abortus ein.

Eine ausführliche und für den praktischen Arzt sehr werthvolle Auseinandersetzung wird der Behandlung gewidmet.

Das exspectative Verfahren wird auf die Fälle der beginnenden und mässigen Blutung beschränkt, dabei vor kalten Umschlägen und Scheideninjectionen gewarnt. Ist die Blutung profuser, sind Deciduafetzen oder Eihautstücke unter den Coagulis, dann tritt an die Stelle des »Zuwartens« das Handeln.

Inf. secal. oder Ergotin, kalte Ueberschläge, Vaginalinjectionen kalter und heisser Carbol- oder Salicyllösungen, in zweiter Reihe 10—12 stündige Tamponade der Vagina, hauptsächlich des Fornix mittelst Carbol- oder Salicylwatte nach vorausgeschickter Desinfection werden empfohlen. Bei profuseren Hämorrhagien wird mit Spiegelberg der Colpeurynter als unzureichend bezeichnet. Der protrahirte oder unvollkommene Abortus fordert die rasche Beendigung desselben und ein entschieden actives Verfahren durch künstliche Eröffnung des Cervicalcanals mittelst Laminaria und gleichzeitiger Colpeuryse. Nach gelungener Aufschliessung des Uterus soll sofort die Entfernung des Eies oder dessen Anhänge erfolgen, wie dies Veit, Böters, Fehling schon empfohlen haben, um die Selbstinfection zu vermeiden. Unter 161 Fällen verlor Verf. bei Befolgung

dieser Methode nur 2, wovon der eine an acuter Leberatrophie, der andere am 22. Tage der Behandlung an Pyämie starb.

Bei Collaps werden die subcutanen Aetherinjectionen (4—5 in Pausen von 10—15 Minuten) als sehr erfolgreich bezeichnet; ebenso bei bereits eingetretener fauliger Zersetzung der Simon'sche Löffel (26 Fälle in 1 Jahre.) Nach energischen Eingriffen wird mit Spiegelberg und Veit das Uteruscavum mittelst concentrirter Carbollösung oder Eisenchlorid ausgeätzt. **Felsenreich** (Wien).

13. **Stephenson** (Aberdeen). Ueber die Veränderungen an Cervix uteri während der Geburt und deren Einfluss.

(The obstetr. Journ. of Great Britain and Ireland, No. LXXV, Juni 1879. p. 129.)

Der obere Theil des Cervicalcanals beginnt sich schon im präparatorischen Stadium der Geburt zu erweitern und dadurch erleidet die Vaginalportion eine transversale Spannung und Ausdehnung im Diameter, während das Os noch unerweitert ist. Wenn nun letzteres sich aus irgend einer Ursache gar nicht erweitert, so erhält die ausgespannte Vaginalportion den Charakter eines dünnen Diaphragmas im Geburtscanal, ja kann schliesslich durch den Druck des herabsteigenden Kopfes bis zu Pergamentsdünne ausgespannt werden. Der Grad der Entwickelung dieses Diaphragmas ist diagnostisch wichtiger, als die Grösse des Os. Ist es ausgebildet, so wird die digitale Erweiterung des Os nöthig, sowie Sprengung der Eihäute, eventuell Anlegung der Zange nach Johnston.

Lühe (Stralsund).

14. **Dolan** (Halifax). Analyse von 1785 sich folgenden Geburten.

(The obstetr. Journ. of Great Brit. and Irel. No. LXXV, Juni 1879, p. 160.)

Unter 1785 Fällen hinter einander hat D. 52 Mal (1:34) die Zange, 16 Mal die Wendung (1:111) und 6 Mal die Craniotomie (1:297) anwenden müssen. Es starben 11 Mütter (1:162) und 26 Kinder (1:68). Bei allen Fällen ist die Nationalität notirt und stellt sich das wunderliche Verhältniss heraus, dass bei 1240 Engländerinnen die Zange 13 Mal (1:95), dagegen bei 545 Irländerinnen 39 Mal (1:13) angelegt werden musste, sei es, dass die celtischen Becken enger oder die celtischen Köpfe grösser als die englischen sind. (Nach Ansicht des Ref. dürfte diese auffällige Differenz bei Beurtheilung der häufigen Zangenoperationen Johnston's, welcher vorwiegend wohl celtische Frauen vor sich hatte, ins Gewicht fallen.

Lühe (Stralsund).

15. **James Young** (Edinburg). Intrauterine Behandlung der Endometritis und Menorrhagie.

(The obstetr. Journ. of Great Brit. and Irel. No. LXXV, Juni 1879. p. 155.)

Behandlung der Endometritis und Menorrhagie mit intrauterinen Injectionen, zumal von Acidum nitricum, hat sich erfolgreich

und gefahrlos erwiesen, sowie Sterilität nicht herbeigeführt, wie durch Beispiele erhärtet wird. Hingegen ist Sterilität eingetreten in 1 beigebrachten Fall von Endometritis, welche mit anderen Methoden behandelt worden war. Hieraus schliesst Y., dass es dem Process selbst, nicht der intrauterinen Behandlung zuzuschreiben sei, wenn nach einer solchen Sterilität beobachtet worden sei.

Lühe (Stralsund).

---

16. **Thompson** (London). Uebertragung von Cystitis durch Instrumente.

(Brit. med. Journ. 1879. Mai 10.)

Dass sich eine Entzündung der Blase von einem Patienten zum andern übertragen lässt, steht fest, ebenso wie dies mit den Entzündungen anderer Schleimhäute der Fall ist.

Schon nach dem einfachen Sondiren der Blase können mehr oder weniger heftige Entzündungen, wenn auch selten auftreten. Verf. unterscheidet dabei zwei bestimmt geschiedene Formen. Bei der ersten Form stellt sich 3—4 Stunden nach dem Eingriffe ein Schüttelfrost ein, dem bald unter Temperatursteigerung die Symptome der Cystitis folgen. Die Erscheinungen, die Patient sicher dem Einbringen des Instrumentes zuschreibt, schwinden bei geeignetem Verhalten bald wieder. Hier ist auch in der That der mechanische Reiz das einzige ätiologische Moment. Im zweiten Falle treten die Erscheinungen der Cystitis erst nach 40—50 Stunden auf und dauern verschieden lange. Die Patienten sollen hier stets angeben: sie müssen sich am Tage nach dem Besuche beim Arzte erkältet haben. Dass bei dieser zweiten Form die Uebertragung putrider Krankheitsstoffe durch Instrumente die einzige Ursache der Cystitis ist, beweist Verf. schlagend mit einer von einem Collegen an sich selbst beobachteten Krankengeschichte.

Nur dem Umstande, dass etwa dem Katheter anhaftende putride Stoffe sogleich durch den abfliessenden Urin fortgeschwemmt werden können, schreibt Verf. die relativ seltene Uebertragung zu.

Diesem immerhin unangenehmen Ereigniss vorzubeugen, empfiehlt Verf., den Katheter nach jedesmaligem Gebrauche auf einige Minuten in siedendes Wasser, dem Soda oder Carbol zugesetzt worden, oder in eine Chlor- oder Zinklösung zu stecken, sowie sich zum Schlüpfrigmachen des Intrumentes 3 % igen Carbolöles zu bedienen.

Da Oel das Heilmittel gegen die caustischen Eigenschaften der Carbolsäure, ist nach Verf.'s Erfahrungen keine Anätzung der Schleimhäute zu befürchten.

Herdegen (Stuttgart).

---

17. **N. Filatow** (Moskau). Ueber Mastitis der Neugeborenen.

(Central-Zeitung für Kinderheilkunde II. Jahrg. No. 17.)

Fast bei jedem Neugeborenen, Knaben oder Mädchen, beginnen vom 3.—4. Tage des extrauterinen Lebens die Brüste zu schwellen;

bei Druck entleert sich eine weisse Flüssigkeit, welche sowohl chemisch wie mikroskopisch dem Colostrum gleicht. Die nächsten Tage nimmt die Menge des Secretes zu, erreicht am 8. ihr Maximum, bleibt einige Tage stabil und nimmt dann allmälig bis zum Ende der 3.—4. Woche ab. In manchen Fällen jedoch kommt es in Folge von Milchstauung zu einer Entzündung; es erscheint unter den gewöhnlichen Symptomen der Entzündung an Stelle der Drüse ein Abscess von ungefähr Haselnussgrösse. Nach Eröffnung und Entleerung des Eiters verheilt er in 3—4 Tagen. In anderen Fällen, namentlich wenn man die Entzündung sich selbst überlässt, nimmt sie einen bösartigen Verlauf, indem sich der Eiter einen Weg durch die Membrana propria der Drüse bahnt, bevor er sich nach aussen geöffnet hat; es tritt dann eine Entzündung des umgebenden Zellgewebes hinzu, die sich rasch in eine umfangreiche phlegmonöse Entzündung des Unterhautzellgewebes des Thorax ausbreiten und mit nekrotischer Zerstörung der einzelnen Gewebspartien einhergehen kann. Diese ausgedehnten Entzündungen sind natürlich mit hohem Fieber, tiefem Kräfteverfall verbunden und können leicht zu Pyämie führen.

Die Behandlung ist einfach; sie besteht prophylaktisch in Beseitigung der Galaktostase durch Compressen, erweichende Salben etc. Bei eintretender Entzündung in Beschleunigung der Eiterung durch Cataplasmen und frühzeitige Incision. Bei phlegmonöser Entzündung und Nekrose treten die antiseptischen Mittel in den Vordergrund, eventuell Analeptica, Chinin etc. Eine interessante Krankengeschichte ist ausführlich wiedergegeben.

Schellenberg (Leipzig).

---

18. **Burdol** (Vierzon). Erzählung eines Falles von completer Uterusinversion und der daraus folgenden Functionsstörung.

Briefliche Mittheilung an Gallard (Paris).

(Annales de Gynécologie 1879. Févr.)

Erstgebärende, nach leichter Geburt des Kindes complete Inversion des Uterus; enorme Blutung. Nach Ablösung der Placenta leichte Reposition. Nach einigen Stunden folgte eine neue Blutung, welche die Anämie bis auf's Aeusserste steigerte.

Im Wochenbett Peritonitis, Pneumonie u. s. w. Erst nach $1^1/_2$ Jahren vollständige Genesung.

Seitdem, jetzt 15 Jahre, ist die Menstruation nie wieder eingetreten, obgleich die Frau sonst sich vollständig wohl befindet und inzwischen 3 weitere Kinder normal geboren hat, zuletzt vor 6 Jahren.

Schellenberg (Leipzig).

Casuistik.

19. Aus der geburtshülflichen Gesellschaft zu London.

(Sitzungen vom 7. Mai und 4. Juni 1879. Med. Times and gaz. vol.I. 1879. No. 1507 vom 17. Mai c. a., p. 527 und 550. No. 1508, 24. Mai, p. 575. No. 1511, 14. Juni, p. 658.)

(Vortrag von Barnes über die Anwendung der Zange bei Geburtsverzögerung und deren Ersatzmittel nebst Discussion darüber.)

Alle englischen Gesellschaften beschäftigen sich in Folge des in No. 13, p. 333 dieser Zeitschrift referirten Vortrag Johnston's in Dublin mit der Frage über die Indicationen der Zangenapplicationen bei Geburtsverzögerung, zumal bei Hochstand des Kopfes und nicht völlig erweitertem Os. Für den 7. Mai war diese Frage in der Londoner Gesellschaft auf die Tagesordnung gesetzt und zugleich ein Vortrag von Barnes als Eröffnungsreferat angekündigt worden; hierdurch waren Gäste aus allen Gegenden des Königreichs angelockt worden.

B. findet es auffallend, dass die Autoren bei Besprechung der Indicationen für die Zange theoretisch völlig übereinstimmen, praktisch aber in der Frequenz des Gebrauchs ganz enorm differiren. So wenden trotz völliger Uebereinstimmung in der Theorie Collins die Zange nur in 1 auf 607, Ramsbotham in 1:670, Johnston dagegen in 1:10½ Fälle an, wogegen C. 1:211, R. 1:802, J. 1:281 Fälle von Craniotomie hat. Ganz wunderbar aber stellt sich das Verhältniss bei einem bis 1863 zu Consultationen sehr beliebten Geburtshelfer Londons, Lee, welcher 53 Mal die Zange, dagegen 186 Mal die Craniotomie ausführte, ein Verhältniss, bei welchem die Eigenthümlichkeit einer solchen Consultativ-Praxis mit ihren verzweifelten und zum Theil verfahrenen Fällen natürlich zu berücksichtigen ist. Um die vorliegende Frage zu entscheiden, genügt die statistische Methode nicht. Heut zu Tage dürfte unter den Meistern der Kunst über die Zangenanwendung im 2. Stadium kaum wesentliche Meinungsdifferenz herrschen, wenn auch von Einzelnen die Darreichung des Ergotins mehr oder weniger für jene substituirt wird, B. gehört nicht zu diesen, da er die Zange für sicherer und ungefährlicher für das Kind als das Ergotin hält, ohne dass sie der Mutter mehr Gefahren brächte. Anders dagegen steht die Sache in Bezug auf die Anwendung der Zange im 1. Stadium; hier ist sehr vielfach die Ansicht verbreitet, dass im Allgemeinen aus der blossen Geburtsverzögerung ohne Complicationen (Krämpfe, Placenta prävia und dgl.) in der 1. Geburtsperiode eine Gefahr für Mutter und Kind nicht erwachse, dagegen die Anlegung der Zange bei noch nicht völlig erweitertem Os anderweite Gefahren für beide Theile brächte, selbst in den geschicktesten Händen. Schliesslich werden folgende Sätze formulirt: Bei der Geburtsverzögerung ist die Zange besser als ihre Ersatzmittel immer, wenn 1) der Kopf schon im kleinen Becken steht, sowie 2) wenn er im Beckeneingang steht und das Becken wohlgeformt ist, gewöhnlich auch 3) wenn er über dem Beckeneingang stehen bleibt, der Liquor Amnii abgeflossen, und gar keine oder nur geringe Disproportion vorhanden ist, selbst für den Fall, dass die Cervix noch nicht völlig erweitert ist; 4) je höher im Becken aber der Kopf steht, desto mehr nimmt Nothwendigkeit, Nützlichkeit und Sicherheit der Zange ab; 5) diese Erweiterung der Indicationen für die Zange erfordert vermehrte Geschicklichkeit in der Ausführung. Die Craniotomie dürfte ausser bei abgestorbener Frucht keine Alternative gegen die Zange sein, es gäbe da sicher eine, freilich noch nicht fest bestimmbare, »wissenschaftliche Grenze«. Bei Geburtsverzögerung durch Hängebauch müsse entweder Zange, selbst bei undilatirtem Os angelegt, oder die Wendung vorgenommen werden, beides in Dorsalposition unter Compression des Abdomen. — Prof. Kidd (Dublin) hält eine Meinungsdifferenz über »die hohe Operation«, d. h. bei Hochstand des Kopfes unter völliger Erweiterung des Os für nicht vorhanden, wohl aber über die Zulässigkeit des Zangengebrauchs bei noch unerweitertem Os, nach Johnston. Hier hält er ihn in der Mehrzahl der Fälle für vermeidlich und Anwendung der Ersatzmittel: warmes Bad, warme Douche, Chloral oder Chloroform für weniger eingreifend und

wenigstens zu Erweiterung des Os hinreichend, worauf dann die Zange mit grösserer Sicherheit und Vortheil event. angelegt werden könne. Aber wenn bei geringer Disproportion oder schlechter Kopfstellung der Kopf schlechterdings nicht zur Erweiterung des Os herabsteige, da sei die Zange zur Vermeidung von Gefahr für die Mutter sehr nützlich. Aber Johnston hat unter seinen Operationen mehr als 5 %, ja unter denen bei nur zu $^2/_5$ erweitertem Os gar 13 % Todesfälle, zumal von Iparis. Dies fordert doch zur Vorsicht auf, wenn im Gegensatz hierzu bei Anwendung der Ersatzmittel Churchill von 160 in der 1. Periode verzögerten Geburten hinter einander nicht eine einzige Wöchnerin verlor. — Prof. Stevenson (Aberdeen) will als Kriterium für die Nothwendigkeit der Zange hauptsächlich eine starke Verdünnung und Spannung der Cervix ansehen. — Newmann (Stamford) erzählt, dass ein ausgezeichneter Geburtshelfer seiner Bekanntschaft ihm folgende interessante Notiz habe zugehen lassen: In den ersten 1000 Fällen habe er die Zange nur 10 Mal, im 2. Tausend 48, im 3. Tausend aber 80 Mal angewendet. — Edis hat sich mit Johnston in Verbindung gesetzt, welcher die Operation bei nicht erweitertem Os vertheidigt und namentlich im Gegensatz zu Barnes behauptet, dass sie nie eine Stunde oder mehr, sondern 20—30 Minuten beanspruche, dass keine Tendenz zu Blutungen und Placentarretention danach vorhanden sei, sowie dass keine schweren Einrisse des Os erfolgten. Sie sei anzuwenden, wenn nach zu frühem Abfluss des Fruchtwassers oder bei Ansammlung desselben oberhalb des Fötus durch Druck des Kopfes auf die Cervix Gefahr der Entzündung oder gar, wie er beobachtet, gänzliche Abreissung derselben vom Uteruskörper entstehe, sowie bei debilen Frauen, welche eine Geburtsverzögerung nicht vertragen (letztere Indication dürfte wohl äusserst dehnbar sein, erstere aber zur Zangenoperation bei jedem frühzeitigen Blasensprung führen, Ref.). — Lombe Atthill hat im Rotunda Hospital in Dublin unter fast 4000 Geburten bei jeder 14., in der dazu gehörigen Poliklinik aber nur bei jeder 29. die Zange angelegt, eine Verschiedenheit, die sich leicht durch die grössere Schwere der Fälle erster Kategorie erklärt. Er zögert nie in ihrer Anwendung bei völlig erweitertem Muttermund, zumal bei Tiefstand des Kopfes, wendet dagegen bei nicht völliger Erweiterung des Os vorher die anderen Mittel an. Die beispielsweise angeführten 3 Fälle ermuntern nicht gerade zur Nachahmung im letzteren Zustand, ja im letzten Fall muss sogar nach der Anlegung der Zange von Tractionen abgesehen werden, weil das Os sich durchaus nicht erweitert, das Instrument muss entfernt werden, worauf die Geburt vor sich geht.

Lühe (Stralsund).

20. **Fritsch** (Halle). Ein durch Fractur schräges Becken mit 2 Tafeln Abbildungen.

Halle a/S., **M. Niemeyer,** 1879.

Verf. hat das bereits auf der Naturforscher-Versammlung in München gezeigte schräge Becken zum Thema einer Prof. Olshausen bei der Eröffnung der neuen Frauenklinik gewidmeten Festschrift gemacht.

Das Becken stammt von einem 18jährigen an Phthise verstorbenen Mädchen, das seit dem 10. Jahre an ausserordentlich heftigen epileptischen Anfällen litt. Das Becken ist gross, die einzelnen Knochen gut entwickelt, von Rachitis fehlt jede Spur. Es handelt sich um ein exquisit schräg-ovales Becken mit Verengerung der rechten Seite und zwar ist die pathologische Form durch eine isolirte Verticalfractur des Kreuzbeins zu Stande gekommen. Bei Betrachtung der Basis des Kreuzbeins zeigt sich nämlich eine Continuitätstrennung zwischen dem medianen Ende des rechten Flügels und dem rechten lateralen Ende des Körpers. Der rechte Flügel ist mit seinem medianen Ende nach auf- und rückwärts, die rechte superficies auricularis des Kreuzbeins und das rechte Darmbein erheblich nach vorn dislocirt. Auf dem Durchschnitte der Kreuzbeinbasis entdeckt man eine sklerotische Knochennarbe; am Körper sieht man eine zackige, unregelmässige Bruchfläche.

Interessant ist noch, dass bei diesem schräg-ovalen Becken die Linea inom. der gestreckten und verengten Seite die längere ist, dass die Spina post. sup. auf der verengten Seite hinten weniger hervorragt und dass die Superficies auricularis auf

der verengten Seite grösser ist als auf der anderen. Also gerade das umgekehrte Verhältniss wie in den typischen Fällen!

Die Möglichkeit eines Entwicklungsfehlers weist Verf. von der Hand und setzt zum Beweise, dass eine Fractur vorliegt, die Entwicklungsgeschichte des Kreuzbeins sorgfältig auseinander. Verf. liefert also durch das vorliegende Becken den Beweis, dass eine Schrägheit des Beckens unter Umständen auch durch Fractur entstehen kann. Bezüglich der sowohl chirurgisch als geburtshülflich interessanten Details verweisen wir auf das Original. Zwei gut ausgeführte Tafeln zeigen in Lebensgrösse das wohl als Unicum dastehende Präparat.

Schwarz (Halle a/S.).

21. **J. Williams.** Chronische Inversio uteri, durch elastischen Druck reponirt. Aus dem University College Hospital.

(The obstetr. Journ. No. LXXIII, p. 21. 1879. April.)

Eine in der 3. Geburt bei einer 24jährigen Frau vor $2^1/_4$ Jahr entstandene totale Inversio uteri wird folgendermassen reponirt: das napfförmige Ende eines Metallstiftes, aus Vulcanit gearbeitet, wird an dem invertirten Fundus angesetzt und durch Ringe am andern Ende des Stiftes 4 elastische Bänder angebracht, welche an einem um die Hüften gelegten breiten Heftpflaster-Streifen befestigt werden, so dass ihr Zug wenigstens theilweise der Axe des kleinen Beckens entspricht. Bald traten heftige Schmerzen ein, welche durch ein Morphium-Suppositorium gehoben wurden. Am folgenden Tage war die Inversion zum grössten Theil reducirt; um den Rest zu heben, wird der Apparat noch einmal angelegt, worauf die Temperatur bis 39,5° C. stieg und sich herausstellte, dass das Instrument durch den Cervicalcanal gedrungen sei und in der Höhlung festgehalten werde am Os internum. Die Entfernung gelang nur schwierig. Die Temperatur stieg am nächsten Tage noch bis 40° C., um erst nach mehreren Tagen wieder normal zu werden, wobei sich auch bedeutender Ausfluss einstellte.

Lühe (Stralsund).

22. **S. Höegh.** Gravidität nach doppelseitiger Ovariotomie.

(Norsk Mag. f. Logevidensk. 3. R. Bd. VIII. Hft. 6.)

Die Operation wurde im Jahre 1874 ausgeführt; im folgenden Jahre wurde Pat. verheirathet, und nach einem Jahre gebar sie ein unreifes lebendes Kind. Als nothwendige Bedingung für Gravidität muss also etwas von dem Ovarialgewebe nach der Operation zurückgeblieben sein. **Ingerslev** (Copenhagen).

23. **Drake** (London). Zweimaliges Auftreten von Milch.

(Brit. med. Journ. 1879. März 1.)

Eine 39jährige Mehrgebärende fühlte im 7. Monat einen Frost, darauf hörten die Kindesbewegungen auf. Am 5. Tage sind die Brüste stark geschwollen und geben Milch. Darauf langsame Abnahme. Drei Wochen hernach wird das todte Kind ausgestossen, 4 Tage darauf abermals Milchansammlung.

Fehling (Stuttgart).

24. **Courty** (Montpellier). Inversio uteri seit 3 Monaten. Spontane Reduction nach 11 Tagen durch Compression mittelst eines Kautschukballons. — (Annales de Gynécologie 1878. Oct.)

Eine 26jährige Frau hatte 2 Mal normal geboren. Die dritte Geburt verlief auch normal, bis nach Ausstossung der Nachgeburt eine enorme Hämorrhagie erfolgte. Hebamme und Arzt hielten den invertirten Uterus für einen Fremdkörper und wurden deshalb nur die landläufigen hämostatischen Mittel angewandt. Erst nach einigen Tagen entdeckte man den Irrthum; ein alsdann vorgenommener Reductionsversuch misslang und die enorme Schmerzhaftigkeit (ohne Chloroform) veranlasste die Frau, von jedem weiteren Versuch abzustehen. Nach 3 Monaten kam sie im Zustande höchster Anämie, Abmagerung, Unfähigkeit zu der geringsten Bewegung und vollständigster psychischer Depression in die Behandlung Courty's. Es wurde ein Kautschukballon in die Scheide eingelegt und mit Luft aufgeblasen;

bald stellten sich heftige, schmerzhafte Uterincontractionen ein, der Ballon konnte immer mehr aufgeblasen werden und am 11. Tage war die spontane Reduction vollendet.

In der Epikrise hebt Verf. den Fall besonders hervor als ein frappantes Beispiel, welche Vortheile man aus der Eigenthümlichkeit des Uterusgewebes ziehen kann, wenn man es versteht, es der Behandlung von Krankheiten dienstbar zu machen.

Für die Behandlung der Inversio uteri stellt er folgende Grundsätze auf:

1) Bei ganz frischer Inversion sofortige Reduction, nach vorheriger Entfernung der Placenta, sollte dieselbe noch adhärent sein.

2) Später Versuch der spontanen Reduction durch den Kautschukballon (Pessar Gariel).

3) Gelingt das nicht, künstliche Reduction durch Taxis, wobei besonders zu beachten ist, dass man das Collum durch 2 Finger der linken Hand, welche in das Rectum eingeführt und hakenförmig gekrümmt werden, fixirt. Hierbei ist stets Chloroform anzuwenden und eventuell Einschnitte zur Erweiterung zu machen.

4) Wenn auch diese Methode nicht zum Ziele führt und aus der Hämorrhagie unmittelbare Lebensgefahr droht, Abtragung des Uteruskörpers mittelst der elastischen Ligatur. Man zieht zu dem Zweck mit dem Thermokauter eine Furche rings um die Cervicalverengung und schnürt darin einen Gummischlauch so fest wie möglich. In 12—14 Tagen stösst sich der Uterus ab; in der Zeit sind nur desinficirende Injectionen zu machen. **Schellenberg** (Leipzig).

25. **F. Cadell.** Fall von Nabel-Urinfistel.

(Edinburgh med. Journ. CCLXXIX. 1878. Sept. p. 221.)

Die 8 Jahr alte Christina Potts hatte schon von früher Jugend an Urinbeschwerden gehabt, häufigen Drang zum Urinlassen, zeitweise Schmerzen, Anschwellungen der Genitalien und der Bauchdecken in der Umgebung des Nabels, einmal Auftreten von Blut im Urin. Ende November 1877 wieder sehr heftige Schmerzen, Leib hart und angetreten, aus dem Nabel entleerte sich in feinem Strahle Urin. Stat. praesens vom 18. Dec. 1877: Genitalien normal gebildet. Der Nabelmittelpunkt zeigt eine Depression, welche in einen leicht sondirbaren Fistelgang übergeht. Durch einen in diese Fistelöffnung eingeführten Katheter läuft leicht Urin ab. Der Urin (von der Urethra aus mit dem Katheter entnommen) enthält schleimig-eitrige Massen. Ausspülungen der Blase mit lauwarmem Wasser etc. werden täglich gemacht und die Urethra, da meist der Urin durch die Fistel entleert wird, mit Simon's Urethraldilatatoren (kurze Zeit nach einander No. 1—3) derartig erweitert, dass mit dem kleinen Finger die Blasenwandungen bequem durch die Urethra betastet werden konnten. Incontinentia urinae war die sofortige Folge, nach regulär angestellten Ausspritzungen wurde der Urin eiterfrei und der stinkende Geruch desselben verlor sich. Die Blasenwandungen wurden verdickt, stark contrahirt, aber anscheinend normal gefunden. Ein freier Ausfluss des Urins durch die Urethra war geschaffen; der Nabel blieb trocken, wenn das Kind lag, beim Sitzen sickerte aus der Fistel wieder Urin ab. In der zweiten Woche des Februar 1878 stellten sich Fieber ein, ödematöse Anschwellungen der unteren Extremitäten und der Bauchdecken. Diese Zustände gingen zwar vorüber, indessen kam das Kind immer mehr herunter. Das Kind brach alle Nahrung wieder aus, der Tod erfolgte unter allgemeiner Erschöpfung am 16. März 1878.

Section ergab: Nabel normal gebildet, die Ränder der Fistel zeigten weder Granulationen, noch Indurationen. Katheter No. 5 oder 6 konnte bequem eingeführt werden, Urethra bedeutend dilatirt. Blase stark contrahirt, ungemein verdickte Blasenwandungen, Faltungen der Schleimhaut, Pigmentirungen, Blutaustritte, oberflächliche Ulcerationen. Die Blasenspitze öffnet sich trichterförmig in den Urachus, der im Nabel mit einer feinen Fistelöffnung nach aussen mündet. Die Schleimmembran des Urachus war dünn, blass, mit käsigen Schleimmassen punktförmig bedeckt. Alte, peritonitische Adhäsionen zwischen Blase und Bauchwand. Rechte Niere um das doppelte vergrössert, in eine Cyste, mit putridem

Eiter gefüllt, verwandelt. Nur ein schmalrandiger Saum von eigentlicher Nierensubstanz ist übrig geblieben. Nierenbecken stark erweitert. Linke Niere $^1/_2$ Mal grösser als normal, gleicher Befund wie rechts, nur ist noch mehr Nierensubstanz erhalten. Ureteren bis Federkielgrösse erweitert, hypertrophische Wandungen mit einzelnen käsigen Eiterablagerungen. Die übrigen Organe nicht wesentlich verändert. — Der Urachus war schon von Geburt an offen geblieben, dieses hatte die Entleerung der Blase erschwert und zu einer chronischen Cystitis Veranlassung gegeben, wodurch die Schwierigkeit des Harnlassens noch vergrössert werden musste, die allmälige Erweiterung des theilweise offenen Urachus begünstigte die Fistelbildung. Die schleimigeitrigen Massen im Urin werden zur Verstopfung des natürlichen Abflusscanals der Blase in hohem Grade beigetragen haben.

Pott (Halle a/S.).

26. **L. Corey** (Van Buren, Indiana). Bedeutende Unterleibsverletzung einer Schwangeren ohne Unterbrechung der Schwangerschaft.

(Amer. Pract. 1878. September.)

Pat., 35 Jahre, Gewicht 135 Pfund, im 3. Schwangerschaftsmonate, wurde von einer Kuh derart verletzt, dass dieselbe ein Horn in den Leib der Frau kurz oberhalb der Symphyse stiess, und Pat. eine Strecke lang forttrug und endlich auf den Boden schleuderte. Als Verf. $1^1/_2$ Stunde später ankam, fand er Pat. mit raschem und kleinem Pulse, schneller Respiration, fortwährendem Erbrechen, und fast alle Gedärme ausserhalb der Bauchhöhle. Dabei vollkommenes Bewusstsein und wenig Schmerz. Die Wunde erstreckte sich von $1^1/_2''$ rechts von der Mittellinie gleich oberhalb des Schambeines schief nach oben und links neben dem Nabel, und war mindestens $5''$ lang, und mit zackigen Rändern. Das Netz, das ganze Colon und die Mehrzahl des Dünndarms lagen ausserhalb der Bauchhöhle, und das Pylorusende des Magens ragte aus der Wunde hervor. Das Netz war sehr zerfetzt, die Gedärme aber nicht verletzt. In der Bauchhöhle ziemlich viel Blut, welches nicht entfernt wurde. Alle Versuche, unter mässiger Narkose die vorgefallenen Eingeweide zu reponiren, scheiterten an den spastischen Contractionen der Bauchmuskeln. Erst nachdem weitere Assistenz und mehr Chloroform geholt worden waren, also $3^1/_2$ Stunde nach der Verwundung, gelang es unter tiefer Narkose und nach Vergrösserung der Bauchwunde, einzeln die Eingeweide zurückzubringen, und die zackige Bauchwunde zu glätten und mit Seidenfäden zuzunähen. Heftpflasterverband, Morphium nach Bedarf. Pat. machte ohne die geringste Reaction eine rasche Reconvalescenz durch; am 10. Tage wurden alle Nähte entfernt, Heilung per primam, ausser an der Punctionsstelle. Am 20. Tage wurde Pat. geheilt entlassen. Gerade 202 Tage nach der Verletzung entband Verf. die Pat. nach einer raschen Geburt von einem ausgetragenen gesunden Kinde. Mutter und Kind leben beide noch in voller Gesundheit. **P. F. Mundé** (New-York).

27. **J. Scott** (San Francisco). Enormer Beckenabscess.

(Pacific med. and surg. Journ. 1878. November.)

Pat. 23 Jahre alt, seit 13 Jahren regelmässig menstruirt, zum letzten Male April 1877, welche letzte Periode frühzeitig durch ein Bad sistirt wurde. Einige Tage darauf beim Heben einer schweren Last Unterleibsschmerz, welcher 6 Tage anhielt, dann Abgang von Blutcoagulis, und Entstehen einer runden, festen Schwellung im Unterleibe, welche rasch zunahm und innerhalb 3 Wochen ihr Maximum erreicht hatte. Dabei Fieber, Nachtschweisse, trockene Zunge, Durst. Keine Ohnmacht. Stuhlgang regelmässig und schmerzlos. Amenorrhöe seitdem. Abmagerung. Mit der Diagnose Schwangerschaft wurde Pat. zu Verf. geschickt. Unterleib von der Grösse einer 6monatlichen Gravidität, eiförmig, dumpfer Percussionsschall, Bauchdecken fest gespannt. Geschwulst central, unbeweglich. Os ext. uter geschlossen, Cervix weich, fest obliterirt. Tiefe Fluctuation rings um Cervix, doch kein Vorspringen des Fornix. Keine bestimmten Schwangerschaftszeichen. Sondirung des Uterus gelang nicht. D i a g n o s e : Hämatometra, von Retention des Menstrualblutes durch Atresie des Muttermundes. In dieser Meinung wurde ein grosser

gekrümmter Troikar durch das Os ext. gestossen, und zum grossen Erstaunen des Verf. und der beiden Consultanten (deren einer der Sohn von J. Marion Sims, der andere früherer Assistenzarzt in Woman's Hospital in New-York war) 7 Liter äusserst übelriechenden Eiters entleert. Nun fand sich, dass der Uterus (durch dessen hintere Lippe der Troikar gegangen war) leicht durchgängig war, die Sonde drang $2^1/_2$ Zoll ein. Vier Tage später nochmalige Eröffnung der Abscesshöhle, Entleerung von 4 Liter Eiter, Ausspülung mit einer Jod-Carbollösung, Drainageröhre. Darauf rasches Zusammenziehen der Höhle, Wiedereintritt der Menstruation, Heilung. — Verf. hält sich aus der Anamnese berechtigt, den Fall als einen von ursprünglicher Hämatocele anzusehen, allmälig entstanden und wahrscheinlich extraperitonealen Sitzes, mit rascher Vereiterung des Blutinhalts, und Amenorrhöe in Folge der consecutiven allgemeinen Anämie. **P. F. Mundé** (New-York).

28. **A. Martin** (Berlin). Vier Fälle von Unterleibsgeschwülsten.
(Berliner klin. Wochenschrift 1879. No. 22 und 23.)

Die Fälle sollen als Beispiel für die gelegentliche Unzulänglichkeit der doch jetzt so vervollkommneten physikalischen diagnostischen Hülfsmittel, resp. der Schwierigkeit der Deutung derselben, dienen.

I. 56jährige Frau; 6 Mal geboren, zuletzt vor 19 Jahren. Bis vor 7 Monaten gesund; damals Sturz auf der Treppe, so dass sie mit der rechten Bauchseite auf den Boden aufschlug. Es entstand an der Stelle ein Tumor, der allmälig wuchs. In der letzten Zeit Verfall der Kräfte, Schlaflosigkeit, Behinderung der Bewegung.

Status präs.: Fahle gelbliche Hautfarbe; Bauch unsymmetrisch kugelig aufgetrieben, Haut verschiebbar; Tumor über kindskopfgross, hart, uneben; nach oben fühlt man eine Fortsetzung nach der Lebergegend ohne die Grenze genau bestimmen zu können, nach unten reicht er bis ins kleine Becken. Percussionsschall in der Mitte gedämpft, zwischen Leber und Tumor gedämpft tympanitisch; unten tympanitisch fast bis zur Mitte der Geschwulst. Kein Ascites, Tumor leicht beweglich. Linker Leberlappen vergrössert. Uterus atrophisch. Urin normal. Die Diagnose wurde auf einen soliden, malignen, retroperitonealen Tumor von der rechten Seite der hintern Bauchwand ausgehend gestellt, der oben adhärent unten frei sei; zweifelhaft blieb das Organ, dem er speciell angehörte. 10 Tage nachher gestaltete sich der Befund etwas anders: leichte Oedeme der untern Extremitäten und des Rückens; der Zusammenhang der Geschwulst mit der Leber ist nachzuweisen. Die Bauchhaut lässt sich nicht mehr verschieben. Grosse Druckempfindlichkeit. Nach 16 Tagen Tod.

Autopsie: Die Bauchwand ist rechts unten verwachsen einerseits mit dem Tumor, andrerseits mit einer auf diesem aufgewachsenen Schlinge des Dickdarmes. Der Tumor ragt rechts bis zum Beckeneingang, fixirt durch untereinander verwachsene Darmschlingen, die ihn zum grössten Theile bedecken. Nach oben Zusammenhang mit der Leber. Bei der Präparation ergiesst sich eine dünne, übelriechende, schmutzige Flüssigkeit und ein Gallenstein. Der Tumor stellt sich als Carcinom der Gallenblase heraus, die Leber ist nicht mit ergriffen. Die Verwachsungen waren offenbar in der letzten Zeit nach der ersten Untersuchung entstanden. Auffallend ist das Fehlen eines stärkern Grads von Ikterus.

Epikritisch bemerkt Verf., dass, wenn solche Fälle in früheren Stadien, bei weniger afficirtem Allgemeinbefinden zur Beobachtung kämen, lediglich eine Probeincision zur Sicherung der Diagnose und zum Erkennen eventueller Operationsfähigkeit führen könne.

II. 53jährige Frau bis zum 48. Jahre regelmässig menstruirt; 7 Mal geboren, zuletzt vor 11 Jahren. Vor 9 Monaten zuerst erkrankt an Harnverhaltung, Blutharnen und Schmerzen in der rechten Nierengegend, dabei wird ein Tumor im Leibe entdeckt.

Erste Untersuchung nach 2 Monaten: Die rechte Bauchseite durch eine glatte, länglich walzenförmige Geschwulst ausgedehnt, oben 2 Finger über den Nabel, unten bis in den Beckeneingang reichend. Percussionsschall gedämpft, ringsum Darmton, beweglich, Haut verschiebbar, Harn normal. Uterus normal. Ovarien atrophisch.

Tags darauf Laparotomie. Die Geschwulst liegt unter mehrfachen Lagen stark gefässhaltiger Membranen. Die dann folgende Peritonealschicht enthält colossal ausgedehnte Gefässe. Die Geschwulst, in welcher man die Niere erkennt, lässt sich leicht umgreifen, da die andre Niere an normaler Stelle und in anscheinend normaler Beschaffenheit liegt, wird die Exstirpation vorgenommen. Nach Unterbindung und Versenkung des Stiels wird der schlaffe dickwandige Sack mit einer Schusternaht geschlossen: Antiseptischer Verband. Reconvalescenz ungestört: am 8. Tage verlässt Pat. das Bett.

Befinden bis jetzt vollkommen gut. Die Geschwulst erweist sich als Carcinom. Bei der isolirten Lage der Niere ist zu hoffen, dass die vollständige Entfernung des degenerirten Gewebes gelungen ist; auf alle Fälle ist die bisher erzielte 6 monatliche Euphorie bei einer carcinomatösen Erkrankung immerhin ein bedeutender Erfolg. Die Harnanalysen der 13 ersten Beobachtungstage sind tabellarisch aufgeführt.

III. 20jährige Frau, regelmässig menstruirt, vor 8 Wochen geboren. Leib war nach der Entbindung stark geblieben und nahm rasch wieder zu.

Status präs: Leib durch starke Anfüllung der Bauchhöhle prall gespannt. Dämpfung bis handbreit über den Nabel, darüber nur in der Mitte Darmton. Die Palpation lässt in der Mittellinie einen derben grossen Tumor erkennen. Beweglichkeit deutlich; ausserdem freie Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Uterus gut puerperal involvirt. Der kleine Beckeneinschnitt war mit einer dickflüssigen Masse ausgefüllt. Temperatur 38,3, Puls 118. Respiration beeinträchtigt. Diese Momente liessen eine Veränderung der Umbildung, die wohl sicher vom Ovarium ausging, vermuthen und indicirten eine sofortige Operation.

Aus dem Schlitz des Peritoneums entleert sich im Strahl ein ganzer Eimer voll blutig leicht purulenter Flüssigkeit. Der multiloculäre Tumor wird punctirt, die Flüssigkeit enthält ebenfalls Eiterkörperchen. Es ergiebt sich, dass der Stiel $1^1/_2$ Mal um seine Axe gedreht und stark geschwollen ist. Ligatur. Das Peritoneum ist überall dunkel geröthet, namentlich links. Ausspülung der Bauchhöhle mit 4% dann 1% Carbollösung; antiseptischer Verband; vollständige Genesung. Pat. verlässt am 9. Tage das Bett.

Auch in diesem Falle war es nur durch die Incision möglich die sichere Diagnose zu stellen und nur durch eine sofortige Operation konnte den nachtheiligen Folgen der Eiterung begegnet werden.

IV. 45jährige Frau, regelmässig menstruirt, 13 Mal geboren, zuletzt vor 3 Jahren; vor 11 Monaten plötzlich heftige Schmerzen im Leib, Ohnmachten; von da an bemerkt sie einen Tumor, derselbe ist in den letzten Wochen sehr rasch gewachsen.

Status präs.: Der Leib besonders rechts stark ausgedehnt durch eine Geschwulst von gleichmässiger Oberfläche, prall elastisch, fluctuirend, Percussionsschall gedämpft, ringsum Darmton, grosse Beweglichkeit. Uterus normal. Der vom Becken aus fühlbare Theil der Geschwulst ist etwas uneben und folgt nicht allen Bewegungen des äussern Tumors.

Operation: Nach Eröffnung der Bauchhöhle die Cyste entleert (1300 Gran); nun zeigt sich die Geschwulst nach links durch einen dicken Strang fixirt, der sich in der linken Unterbauchgegend mit dem Bauchfell der vordern Bauchwand verliert. Nach rechts liegt die Cyste scheinbar unter dem Peritoneum, das unmittelbar auf sie übergeht; auch ziehen noch dicke Stränge sich weiter zur rechten Seite hin und verbinden den Tumor mit der rechten Unterbauchgegend. Nach oben wird der Tumor gewissermassen gekrönt von einem 1 Fuss langen Stück Darm (unteres Dünndarmende und Cöcum), das scheinbar unter demselben Peritonealblatt mit ihm liegt, so dass der Tumor fast zwischen den Blättern des Mesenteriums zu liegen scheint. Massenhafte grosse Gefässe durchziehen die Serosa. Der derbe Theil der Geschwulst liegt in der linken Seite derselben, rechts vom letzten Lendenwirbel. Die Ablösung war natürlich enorm schwierig (Details im Original). Reconvalescenz ungestört. Nach 4 Monaten vollkommenes Wohlbefinden. Die grosse Beweglichkeit hatte eine leichte Operation erwarten lassen, welche Erwartung sehr getäuscht wurde.

Schellenberg (Leipzig).

29. **N. Jastrebow** (St. Petersburg). Ein Adenoma uteri polyposum vasculosum und seine Veränderungen beim Flecktyphus. (Aus der Klinik von Prof. Slavjänsky.) — (Medicinsky Westnik 1879. No. 2.)

Bei der Section einer an Flecktyphus verstorbenen 36jährigen Frau fand sich neben den übrigen die Diagnose bestätigenden Organveränderungen folgender Genitalbefund: Uterus und Ovarien mit Pseudomembranen bedeckt; Uterus retroflectirt, mit verdicktem und verlängertem, rechtem Winkel. Im oberen Drittel der Vagina mehrere Stränge, die von rechts nach links und von hinten nach vorn ihre Wände verbinden (? Ref.). Vaginalportion verkürzt, glatt, Muttermund eine kleine Querspalte. Uterinschleimhaut hyperämisch, auf ihrer hinteren Wand einige Extravasate. Am rechten Tubarostium ein haselnussgrosser, runder Tumor, der mit dünnem, kurzem Stiel am Winkel des Uterus sitzt.

Der Tumor enthält massenhaft Drüsenschläuche und Retentionscysten, beide von Cylinderepithel ausgekleidet und ein sehr reiches Gefässnetz, alles eingebettet in Bindegewebe, das sich im Zustande granulirender Entzündung befindet; sämmtliche epithelialen Gebilde aber weisen alle Stadien regressiver Metamorphose auf, von der Trübung der Zellen bis zum körnigen Zerfall. Dieselben Veränderungen, nur schwächer, finden sich am Epithel der Uterindrüsen.

Verf. zieht daraus den Schluss, dass eine Neubildung nicht in gleicher Weise, wie die normalen Gewebe an einem Infectionsprocesse Theil zu nehmen braucht, sondern dass der Organismus, indem er eine Infectionskrankheit überwindet, sich zu gleicher Zeit von einer Neubildung durch die in derselben eingeleitete repressive Metamorphose befreien kann. **E. Bidder** (St. Petersburg).

30. **N. Tolotschinow** (Kiew). Zwei Fälle von Osteomalacie. (Medicinsky Westnik 1879. No. 3.)

Beide Fälle stammen aus den mittleren Gegenden Russlands (Kiew, Wolhynien), betreffen jüdische Frauen, die in äusserster Armuth unter miserablen hygieinischen Bedingungen lebten.

1) 37 Jahre alt, 19 Jahre verheirathet, 9 Kinder und 1 Abort; die letzte Geburt vor 8 Monaten; erkrankte im Laufe der letzten Schwangerschaft unter den bekannten Symptomen. Alle Beckenknochen schmerzhaft, Beckenform charakteristisch, die horizontalen Schambeinäste bis auf Fingerbreite einander genähert: Cr. — 25,5, Sp.— 22,5, Troch. 25, Conj. ext. 21, D. transv. exit. 7,5, Umfang 82.

2) 23 Jahre alt, 7 Jahre verheirathet, 3 Kinder, die letzte Geburt vor $1^1/_2$ Jahren, schwerer als die früheren. Erkrankte nach der zweiten Geburt. Cr. 23,5, Sp. 19, Troch. 22,5, Conj. ext. 17,5, Umfang 70. Schnabelform der Symphyse sehr ausgeprägt, Tubera ischii nur 2 Querfinger von einander entfernt. Beckenknochen druckempfindlich.

Die erste Pat. ist regelmässig menstruirt gewesen, die zweite hat ihre Regel nur alle 2—3 Monate; Eintritt der Regel im 14. resp. 13. Lebensjahre.

E. Bidder (St. Petersburg).

31. **E. Fränkel** (Breslau). Zur Diagnostik und operativen Behandlung der Tubarschwangerschaft. 1 Holzschnitt. (Archiv für Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 2.)

Wegen des grossen Interesses, welches dieser Fall beanspruchen kann, wird er hier etwas ausführlich referirt.

Er betraf eine 39jährige Frau, die vor 6 und 5 Jahren normale Geburten, im Anschluss an die letztere eine Peritonitis überstanden hatte und seitdem von Unterleibsbeschwerden nie ganz frei geblieben war.

Letzte Periode am 5. Januar 1878, die Anfang Februar erwartete blieb aus; dagegen zeigte sich am 17. Februar eine schwache Blutung mit wehenartigen Schmerzen und eine ebensolche am 3. März, seitdem keine wieder.

Befund am 10. März: Uterus vergrössert wie am Ende des 2. Monats, links davon eine eiförmige, empfindliche Geschwulst, die für eine Phlegmone des Lig. lat. sinistr. gehalten wurde.

Am 20. April Pat. sehr heruntergekommen, ist bettlägerig, Hypogastrium deut-

lich durch einen zweitheiligen Tumor mit ausgesprochener Furche vorgewölbt; der rechte Abschnitt wird als der vergrösserte Uterus erkannt, der linke, 2 Fäustegrosse, höchst empfindliche, als ein extrauteriner Fruchtsack angesehen. Die mehrfach wiederholte Einführung der Sonde — sie drang 10,5 cm ein — erwies den Uterus leer und bestätigte somit die Diagnose. Auch den Sitz der Extrauteringravidität glaubte Verf. ziemlich sicher bestimmen zu können, und zwar hielt er die linke Tube für denselben im Widerspruch mit dem Hecker'schen Satze, dass eine Tubenschwangerschaft nur höchst ausnahmsweise den 3. Monat überdauere. Die Gültigkeit des letzteren Satzes ist jetzt überhaupt sehr in Frage gestellt, da in den letzten Jahren mehrere Fälle bekannt geworden sind, in denen die Extrauteringravidität die Hälfte überdauerte, einige, in denen sie sogar das normale Ende erreichte, ohne dass die verhängnissvolle Ruptur eingetreten wäre. Um den Fötus zu tödten und den Eisack zur Schrumpfung zu bringen, wurde derselbe am 27. April von der Vagina aus mit dem Troikart angestochen; zuerst flossen 20 g unzweifelhaftes Fruchtwasser ab, dann folgte ein dicker, arterieller Blutstrahl, weshalb die Punction sofort unterbrochen wurde. Decidua am folgenden Tage ausgestossen.

F. glaubte nun den Fötus todt und sah die Frau erst am 17. August wieder; sie gab an, dass sie seit 2 Monaten Kindsbewegungen fühle.

Befund: Unterleib durch den mehr links gelegenen Fruchtsack ziemlich stark ausgedehnt, rechts davon der bis zum Nabel reichende Uterus, Kind in I. Lage, Kopf über dem vorderen Scheidengewölbe deutlich erkennbar.

Am folgenden Tage: Symptome acuter Peritonitis, innerer Blutung, drohender Ruptur; deshalb wurde am 19. zur Laparotomie (unter antiseptischen Cautelen) geschritten.

Schnitt 10 cm lang, parallel der Linea alba, 3 Finger breit links davon; bei der Eröffnung des Fruchtsacks prolabirte ein grosses Stück Placenta; unter sehr profuser Blutung wurde rasch das Kind und der grösste, bereits gelöste Theil der Placenta entfernt, der Rest unterbunden und zurückgelassen. Die Fruchtsackwände wurden durch Umstechungsligaturen so an einander geheftet, dass sie sich gegenseitig tamponirten (diese Manipulation könnte etwas genauer beschrieben sein. Ref.). Die Mutter starb kurz nach der Operation in Folge des starken Blutverlustes, das Kind lebte 24 Stunden; es entsprach ungefähr der 32. Woche.

Section: In inniger Verbindung mit dem 20 cm langen und 10 cm breiten Uterus, ein 23 cm breiter und 20 cm langer sehr gefässreicher Sack, der ohne deutlich sichtbare Grenze in den mittleren und unteren Theil des linken Uterusrandes übergeht; von der linken Tube ist nichts zu entdecken, das linke Ovarium mit einem Corpus lut. ver. liegt der vorderen Wand des Fruchtsackes auf. Muskelfasern gehen vom Uterus direct auf die Sackwand über und machen dieselben einen Hauptbestandtheil derselben aus.

Betreffs der operativen Behandlung einer vermutheten Tubarschwangerschaft schlägt Verf. vor, 3 Perioden zu machen. Von der 1.—12. Woche habe man zu versuchen, das Ei zur Verödung zu bringen, und zwar biete die meiste Sicherheit die Punction mit nachfolgender Morphiuminjection (Friedreich).

Vom 4.—6. Monat sei die Elythrotomie, die Eröffnung des Scheidengrundes und Fruchtsackes am besten auf galvanokaustischem Wege (Gaillard, Thomas) indicirt, wenn die Nachgeburt nicht auf dem unteren, in die Scheide prominirenden Fall inserirt sei. In diesem Falle, sowie wenn die Schwangerschaft die 24. Woche überschritten habe, solle abgewartet werden, bis das Kind lebensfähig sei, also bis ungefähr zur 34. Woche. Alsdann solle die Excision des Kindes vorgenommen werden und zwar durch die Elythrotomie, wenn man die Insertion der Placenta im unteren Eipole mit Sicherheit ausschliessen könne, sonst durch die Laparotomie. Dieselben Operationen seien auch schon früher indicirt, wenn gefährliche Symptome aufträten oder bei soeben abgestorbenem Fötus. **Schwarz** (Halle a/S.).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S. (Margarethenstrasse 5), an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart (Alleenplatz 3), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Dritter Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 15 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

N°. 16. Sonnabend, den 2. August. **1879.**

I. Zur Theorie der Abnabelung.

Von

Heinrich Fritsch in Halle a/S.

Die Ansichten betreffs der Blutquantität, welche man durch zeitiges oder spätes Abnabeln dem Kinde rauben oder erhalten kann, haben sich wohl soweit geklärt, dass Schücking Recht behält. Noch die vorige Nummer unseres Blattes brachte eine neue Bestätigung zu Schücking's Gunsten.

In einem Punkte aber herrscht eine auffallende Meinungsdifferenz. Während Schücking annimmt, dass das Plus des Blutes nur durch Uterusdruck in den Fötalkreislauf gelangt, und die Möglichkeit der Aspiration schroff zurückweist, sind andere Autoren entgegengesetzter

Meinung. Die sich scheinbar widersprechenden Thatsachen sind kurz folgende: Die Gewichtszunahme erfolgt vor dem Eintritt der Respiration, also kann der »negative Druck im Thorax«, welcher vom Respirationsbeginn abhängt, nicht der Grund sein. Die Gewichtszunahme erfolgt aber meist unmittelbar post partum und ist von dem Credé'schen Handgriff, einem starken Druck auf den Uterus oder dem Beginn der Nachwehen unabhängig. (v. Haumeder.) Also muss noch ein anderer Grund existiren, welcher das Ueberströmen des Blutes bewirkt oder begünstigt. Ich glaube, dass man durch einen Compromiss zwischen den verschiedenen Ansichten der Wahrheit am nächsten kommt. Unmittelbar post partum lastet auf dem Kind nur der Athmosphärendruck, während es kurz vorher, besonders bei den letzten kräftigen Wehen, unter sehr bedeutendem Drucke stand. Diese Differenz ist eine ausserordentlich grosse[1]. Es wird also dadurch das Einströmen des Blutes in das Kind sehr erleichtert, ja es ist nicht unmöglich, dass auf diese Weise eine Art Aspiration eintritt. Ferner ist gewiss auch die von Bernstein nachgewiesene Elasticität des Thorax von Wirksamkeit. Und zuletzt ist die Schwere des Blutes nicht zu vergessen. Bei den Wägungen, welche ich von Schücking sah, lag das Kind nicht unerheblich tiefer als der Uterus. Gewiss genügt schon die Schwere des Blutes, um bei der erheblichen Druckdifferenz das Ueberfliessen zu bewirken.

Man kann die Möglichkeit der Aspiration leugnen und behaupten, dass ja eine Vene collabirt, dass die Wände durch Aspiration sich aneinanderlegen und unwegsam werden müssen. Doch lässt sich dagegen Verschiedenes sagen: 1) kommt es bei dem Aneinanderlegen der Venenwände auf die unmittelbare Umgebung der Vene, auf das losere oder festere Gewebe an; 2) existirt durch den Druck im Uterus und die Schwere des Blutes eine Vis a tergo, welche Blut nachschiebt, dies wird die Venenwände auseinanderhalten; sonst müssten ja im Körper bei jeder Inspiration sich die Venen schliessen; 3) kann man sich überzeugen, dass sich durch ein dünnwandiges Gummirohr Wasser leicht und constant ansaugen lässt, saugt man aber plötzlich mit grösster Kraft, so klappen die Wände aneinander. Eine so grosse plötzliche Kraft ist beim Kinde unmöglich anzunehmen. Somit stehen der Möglichkeit der Aspiration physikalische Bedenken wohl nicht entgegen.

Die praktische Bedeutung der ganzen Frage wird sicher überschätzt. Doch bei sehr kleinen Kindern und bei künstlicher Frühgeburt habe ich stets so spät als möglich abgenabelt, resp. so viel als möglich Blut übergedrückt.

Zum Schluss möchte ich eine Beobachtung mittheilen, die, sollten ihr nicht andere folgen, allerdings auf Zufall beruhen könnte. Ich machte am 27. Nov. 1877 bei einer Frau, die wegen engen Becken's

---

[1] Schon Michaelis (Das enge Becken, § 274) sucht den Grund des ersten Athemzuges in der nach der Geburt des Kopfes veränderten Circulation: »... das Blut rasch zum Kopfe drängt und es scheint mir hierin eins der Momente zu liegen, welches zu der ersten Athembewegung den Anstoss giebt«.

nach einander 3 Mal von todten Kindern entbunden war, die Wendung. Arm- und Nabelschnurvorfall gaben die Indication ab. Trotz des engen Muttermundes suchte ich den Kopf rasch zu entwickeln, da mir sehr viel daran lag, ein lebendes Kind zu erhalten. Ein bedeutender Einriss in den Muttermund zwang mich, meine ganze Aufmerksamkeit der Mutter zuzuwenden. Das Kind war tief asphyktisch; das Herz pulsirte ganz langsam und schwach. Ich liess das Kind auf den Fussboden legen und befahl der Hebamme, die absichtlich nicht abgetrennte, sofort entfernte Placenta so hoch, als es der Nabelstrang erlaubte, zu halten. Fast unmittelbar danach sagte der Vater, der nach dem Herzen fühlte, es pulsire kräftig. Das Kind respirirte, schrie bald und blieb am Leben. Man könnte gewiss dieses Experiment wiederholen, hat es doch auch eine wissenschaftliche Basis, auf der Ansicht von Lahs (Arch. für Gynäkologie, p. 311), der in der Rückstauung des Placentarblutes gegen das fötale Herz die athmungserregende Ursache sucht. Luge, siehe Ref. 1, hat ausserdem gezeigt, dass diese Art der Transfusion ungefährlich ist. Freilich wird dabei stets unwillkürlich ein Druck auf die Placenta ausgeübt. Denn hält man sie mit beiden Volarflächen, so comprimirt man schon dadurch, dass man die Placenta festhält.

Uebrigens hat schon Michaelis § 136, p. 79 folgenden Satz: »Das Kind, ein Knabe, war anfangs schwach, blass, athmete selten, erholte sich aber schnell, als man denselben niedriger als die Mutter legte, um den Blutzufluss zu befördern«.

Eine weitere Ausführung dieses Gedankens habe ich im Werke von Michaelis nicht gefunden.

---

1. **Luge** (Rostock). Ueber den zweckmässigsten Zeitpunkt der Abnabelung der Neugeborenen.

Inaug.-Diss. Rostock.

Verf. giebt zunächst eine Uebersicht der geschichtlichen Seite der Frage. Schon bei Hippokrates, Aristoteles etc. kommen Stellen vor, welche beweisen, dass über diesen Punkt die Alten nachgedacht resp. Vorschriften gegeben haben. So ist das bei den Hebammen noch vielfach gebräuchliche Ausstreichen der Nabelschnur uralt. In neuester Zeit hat Budin die Frage wieder angeregt. Er hat also das Verdienst, eine Reihe sich ziemlich schnell folgender Publicationen hervorgerufen zu haben. Verf. geht vor allem auf die Folge der frühen oder späten Abnabelung bezüglich der Kinder über. Es werden die Experimente Worm Müller's dafür angezogen, dass Transfusion namentlich gleichen Blutes ungefährlich ist. Nur ein Moment ist gefährlich, die zu schnelle, plötzliche Transfusion. Es sind in der Literatur Fälle bekannt, nach denen ein starkes Ueberdrücken von Blut für die Kinder bedenklich erscheint. Auch Verf. theilt einige mit. Wird aber langsam transfundirt, so fällt die Gefährlichkeit weg. Die Schlussresultate der interessanten Dissertation sind folgende:

Budin's und Schücking's Angaben werden im Allgemeinen bestätigt. Die Wehe treibt das Blut über, ihre Wirkung wird verstärkt durch den Credé'schen Handgriff. Bei baldiger Expression der Placenta bleibt in ihr Blut zurück, dies wird beim Hochhalten der Placenta nach dem Kind hin entleert. Verf. empfiehlt folgende Vorschrift in die Hebammenlehrbücher aufzunehmen:

»Ist das Kind geboren, so wird seine Verbindung mit der Mutter ungestört und ungezerrt erhalten; die Abnabelung wird erst nach einer Viertelstunde und nach vollständigem Zusammenfallen der Nabelschnurvene vorgenommen. Ist jedoch schon früher durch die Wehe oder durch gleichzeitigen Druck auf die Gebärmutter die Nachgeburt zu Tage befördert, so wird sie hoch gehalten, bis alles Blut in das Kind eingeflossen ist. Man erkennt letzteres an der Entleerung der Nabelschnurvene. Das Auspressen der geborenen Nachgeburt, sowie der Nabelschnurstrich sind zu keiner Zeit gestattet«.

Ref. möchte dazu bemerken, dass ein mässiger Druck schon beim Hochhalten mit 2 Händen ausgeübt wird, man mag wollen oder nicht. Wird nach vielleicht 2 Minuten ein mässiger Druck ausgeübt, so wird es keine schädlichen Folgen haben schon deshalb, weil, wie Verf. selbst sagt, Compression der Nachgeburt etc. spät, d. i. nach jenen einfachen Mitteln, angewendet, zu vernachlässigende Resultate geben.

Fritsch (Halle a/S.).

---

2. **Leopold** (Leipzig). Das skoliotisch- und kyphoskoliotisch-rachitische Becken nach eigenen Untersuchungen an der Lebenden und an Präparaten. Mit 14 Holzschnitten und 15 Tafeln in Lichtdruck.

Leipzig, F. C. W. Vogel, 1879.

Vorliegende Arbeit ist eine ausführliche, mit eingehendem Fleiss ausgearbeitete Monographie des auf der Naturforscherversammlung in Cassel vorgetragenen Gegenstandes (s. das ausführliche Referat Arch. für Gynäkol. Bd. XIII, p. 448). An der Hand einer historischen Uebersicht zeigt Verf., dass das skoliotische und kyphoskoliotische Becken bis jetzt wenig auseinander gehalten wurden, erst Breisky war es vorbehalten, in seiner bekannten Arbeit über das kyphotische Becken auch das kyphoskoliotisch-rachitische klar zu legen, und zu zeigen, dass entgegengesetzt dem gewöhnlichen Verhalten beim rachitischen Becken bei jenem die geraden Durchmesser nach dem Ausgang hin abnehmen.

Es folgt zuerst eine eingehende Darlegung des skoliotisch-rachitischen Beckens. Dieses kommt, wie Verf. an einer schönen Abbildung zeigt, schon beim Kind vor; durch Einwirkung der Rumpflast beim Erwachsenen werden die characteristischen rachitischen Eigenthümlichkeiten nicht abgeschwächt, das Becken wird ausserdem durch die einseitig wirkende Rumpflast asymmetrisch, die Form des Beckeneingangs kartenherzförmig, mit Einknickung auf der Seite der Lum-

balskoliose. Im Beckenausgang findet sich dann das umgekehrte Verhalten.

Im Anschluss an Breisky erhalten wir eine graphische Darstellung der sagittalen, frontalen und horizontalen Beckenebenen beim normalen, skoliotisch-rachitischen, kyphoskoliotisch-rachitischen und cariös-kyphotischen Becken, die besser als Zahlen ein rasches Verständniss der Unterschiede gewährt. Besonders hervorzuheben ist, dass der gerade Durchmesser des Ausgangs beim skoliotischen relativ, beim kyphoskoliotischen absolut kleiner ist, als die Conjugata vera, was Verf. durch die Mechanik der Skoliose erklärt; ebenso erhellt aus den Figuren die Verkürzung der Conjugata vera und des schrägen Durchmessers auf der Seite der stärkeren Belastung.

Aetiologisch ist wohl, entgegengesetzt der von Hohl vertretenen Ansicht, die Verbiegung der Wirbelsäule als das primäre zu betrachten. Nur ausnahmsweise ruft Verkümmerung einer Extremität durch ungleiche Belastung Skoliose hervor. Die Kreuzbeinneigung steht in directem Verhältniss zu dem Grad der Asymmetrie des Beckens.

Die Abweichung der Wirbelkörper und der Dornfortsätze von der Mitte ergiebt sich am besten durch Projection auf zwei vom Verf. vorgeschlagene Senkrechte. Die vordere wird durch ein von der Schamfuge, die hintere durch ein von dem Dorn des 5. Lendenwirbels gezogenes Loth dargestellt.

Während also im Eingang das skoliotische auf der Seite der grösseren Belastung verengt ist, findet sich, wie auch bei den meisten der von Litzmann beschriebenen Becken, der Tuber ischii auf der Seite der Skoliose nach aussen gedrängt, nur in 2 Fällen nach innen.

Anschliessend wurden die wenigen in der Literatur bekannten Fälle kurz angegeben.

Die Entstehung des kyphoskoliotischen Beckens entwickelt Verf. aus der des kyphotischen, wie sie Breisky kennen gelehrt. Die rachitischen Eigenthümlichkeiten sind verschieden ausgeprägt. Vier Fälle von lumbodorsaler Kyphose liegen vor. Zum Vergleich des Grades der Kyphoskoliose wird eine gleiche Neigung der Becken (nach Meyer's Normalconjugata) angenommen. In früher Jugend sollen zuerst durch Druck der Rumpflast die Wirbelkörper zwischen den Flügeln nach vorwärts getrieben werden, später erst entsteht dann die Rückwärtsdrehung des Kreuzbeins und damit seine Streckung. Die Conjugata vera ist dann relativ oder auch absolut vergrössert, aber doch noch kleiner als der Querdurchmesser im Beckeneingang. Der letztere ist daher zuweilen rundlich. Die Stellung des Tuber ischii ist auch bei dieser Form verschieden. Der gerade Durchmesser des Beckenausgangs ist fast durchweg kleiner.

Zum Vergleich mit dem normalen und dem einfachen kyphotischen werden auch hier die Projectionen der 3 Beckenebenen gegeben, es erhellt daraus die relative Vergrösserung der geraden Durchmesser im Eingang, die Verkürzung der im Ausgang. Der grösste Querdurchmesser, entsprechend dem rachitischen Ursprung näher dem Vorberg,

übertrifft aber immer noch die Conjugata vera, während er beim kyphotischen bekanntlich kleiner wird.

Zur Entstehung solcher Becken wirken alle die bekannten beckenbildenden Factoren, am meisten die Rumpflast mit, aber in der durch die Kyphose bedingten abnormen Richtung. Der Beckeneingang ist meist auf der Seite asymmetrisch verengt, welche der in den unteren Brustwirbeln befindlichen Skoliose entgegengesetzt ist. Je nach der Configuration der Wirbelsäule kann aber auch, wovon Verf. Beispiele abbildet, das Becken auf der Seite der Skoliose verengt sein.

In der Literatur finden sich solche Becken von Hohl, Litzmann, Breisky beschrieben, allerdings nicht so ausführlich, zuletzt von König unter Schröder's Leitung nach 2 Beobachtungen an Lebenden.

Im 3. Capitel giebt dann Verf. einige entsprechende Beobachtungen an Lebenden, die theils der Privatpraxis, theils der Leipziger Klinik entnommen sind. Die in derselben Weise, wie an den Präparaten, vorgenommenen Messungen helfen zur Diagnose mit. Manche der von Litzmann und Nägele angegebenen Merkmale lassen sich hierzu verwerthen, jedoch sind besonders die von Nägele empfohlenen Schrägmaasse nicht immer ausgeprägt. Zur Diagnose an der Lebenden empfiehlt Verf. die Verwerthung der von ihm angegebenen hinteren Senkrechten, vom hinteren Endpunkt der Normalconjugata aus gezogen. Eine wenn auch nur mässige Abweichung der Dornfortsätze von derselben zeigt schon eine bedeutendere Verkrümmung der Wirbelkörper und damit stärkere Belastung einer Beckenseite. Das Wichtigste zur Diagnose ist natürlich die innere Untersuchung. Die Neigung der Becken ist wahrscheinlich immer etwas vermindert.

Betreffs der Therapie lassen sich natürlich keine allgemeinen Gesichtspunkte aufstellen, sondern das geburtshülfliche Handeln muss von Fall zu Fall erwogen werden.

Gewissermassen als Anhang werden 2 sehr seltene Beckenformen noch beschrieben, nämlich durch lumbosacrale oder lumbale Caries entstandene kyphoskoliotische, nicht rachitische Becken. In einem Fall waren beide Extremitäten gebraucht worden, im anderen nur eine. Da sich demnach keine allgemeinen Gesichtspunkte ergeben, so sei aufs Original verwiesen.

Eine genaue anatomische Beschreibung der 19 der Arbeit zu Grunde liegenden Becken beschliesst das Werk. Das Verständniss derselben erleichtern in hohem Maasse die ausgezeichnet ausgeführten 15 Tafeln in Lichtdruck, theilweise nur das Becken, theilweise das ganze Skelet darstellend, mit schematischen Zeichnungen der Becken und der Wirbelsäule.

Leider ist mir anamnestisch wenig von den meisten Becken bekannt, theilweise nicht einmal das Geschlecht sicher zu stellen.

Die Ausstattung des ganzen Werkes ist eine glänzende.

Fehling (Stuttgart).

3. **Drechsler** (München). Die käufliche Kuhmilch in ihrer Wirkung als Kindernahrung.

(Deutsche Zeitschr. für Thiermed. u. vergl. Pathol. 1879. Bd. V. Hft. 3 u. 4.)

Verf. beleuchtet an der Hand einer die Jahrgänge 1871 bis incl. 1875 umfassenden Statistik (v. Dr. Georg Majer) das Verhältniss der Kindersterblichkeit in München und sucht besonders deren Ursache nachzuspüren. Die Hauptquelle derselben liegt — wie schon längst bekannt — in der Entziehung der Muttermilch. Als Ersatz wird in den meisten Fällen Kuhmilch gereicht. Die Zusammensetzung der letzteren differirt bedeutend von jener der Frauenmilch. Nicht allein das Nährstoffverhältniss ist ein verschiedenes, auch die Eiweisskörper sind in anderer Weise vertreten: in der Frauenmilch ist Albumin vorherrschend, in der Kuhmilch Caseïn. Letztere enthält auch mehr Salze als erstere. Diese gewiss für Verdauung und Assimilation nicht günstigen Abweichungen potenziren sich in ihren schädlichen Wirkungen durch die oft zu hohe oder zu niedrige Temperatur, in welcher die Milch den Kindern gereicht wird, ferner durch die häufig vorkommenden Verfälschungen der Handelsmilch durch Entrahmung und Wasserzusatz, sowie endlich durch rasche Verderbniss derselben, namentlich zur Sommerzeit. Abstrahirt von ihrer Eigenschaft als Trägerin mancher Krankheitskeime z. B. Maul- und Klauenseuche, Tuberkulose etc., vor deren nachtheiligen Wirkungen man sich wenigstens theilweise durch Kochen schützen kann, ist es besonders die sich bei längerem Stehen und in der heissen Jahreszeit sich bereits nach wenigen Stunden bildende Milchsäure, die alle Aufmerksamkeit verdient. Schon die Fütterung der Milchthiere hat auf ihre Bildung Einfluss, insofern bei Verabreichung von Futtermaterialien, die der sauren Gährung unterworfen sind, die Milch schon von vornherein zu rascher Säurebildung sehr geneigt ist. Durch statistische Angaben ist nun nachgewiesen, dass die Kindersterblichkeit während des ersten Lebensjahres am grössten in Süddeutschland und hier wieder in den Gegenden der höchsten Bierproduction und -Consumtion ist. Dieses Verhältniss erregt den Verdacht: es möchte vielleicht die ausgedehnte Verfütterung der oft schon mehr oder weniger sauer gewordenen Biertrebern an die Milchthiere den Grund hierzu abgeben. So liefert z. B. den grössten Procentsatz der Kindersterblichkeit Ingolstadt mit 54,1 % (die Stadt des grössten Bierconsums der Erde, Ref.). Die Hälfte der im ersten Lebensjahre, besonders aber in ihren ersten Monaten in München sterbenden Kinder gehen an Krankheiten des Intestinalcanals zu Grunde; nach vollendetem 1. Lebensjahr tritt diese Todesursache bedeutend in den Hintergrund und bewegt sich mit den übrigen auf annähernd gleichem Niveau. — Die Intestinalkrankheiten als Todesursache mehren sich besonders auffallend in den Sommermonaten, so dass sie nahezu $^3/_4$ aller Sterbefälle der im ersten Lebensjahre stehenden Kinder bedingen; hiervon treffen auf die ersten 3 Lebensmonate allein 61,9 %, also

mehr als $^3/_5$ der Gesammtheit. Höchst interessant gestalten sich die Verhältnisse nach den confessionellen, beziehungweise socialen Gesichtspunkten: Die Israeliten, die beinahe durchaus zu den wohlhabenderen oder reichen Bewohnern Münchens gehören und Ammen halten, d. h. ihre Kinder möglichst naturgemäss ernähren, verlieren im 1. Lebensjahre derselben 17,1 %. Die Katholiken, zu denen weitaus die Mehrzahl der minder bemittelten Klasse zählt, die ihren Säuglingen eine ähnlich rationelle Ernährung nicht angedeihen lassen können, verlieren 40,1 %. Die Mitte zwischen beiden hält die protestantische Bevölkerung Münchens mit 30,8 % Kindersterblichkeit im 1. Lebensjahre.

Zur Abhülfe empfiehlt D. neben Belehrung des Publikums und strengen sanitätspolizeilichen Massregeln hinsichtlich der Milchfälschung die Errichtung von Milchcuranstalten mit zweckentsprechender Fütterung und geeigneter Controle. **Roeckl** (Stuttgart).

---

4. **Polaillon** (Paris). Die Tarnier'sche Zange.

(Mittheilung in der Société de chirurgie. Progr. méd. 1879. No. 17.)

Einer abfälligen Kritik der Tarnier'schen Zange von Vassègues gegenüber behauptet P. die bekannten Vortheile dieses Instruments, welches V. in ungeeigneten Fällen angewandt habe. Tarnier selbst hebt dazu noch hervor, dass das von V. gebrauchte Instrument, das derselbe unter Anderm für zu kurz erfunden, nicht nach seinen Angaben gefertigt sein könne und ihn daher die gegen ihn erhobenen Vorwürfe gar nicht treffen.

Engelhorn (Winnenthal).

---

5. **F. Coley.** Ueber das Einlegen von Pressschwämmen.

(The obstetr. Journ. 1879. No. LXXIII. p. 14. April.)

Wenn der Uterus ganz und gar erweitert werden soll, beginne man mit Laminaria, und wenn das Os internum so weit eröffnet ist, um die Zeigefingerspitze durchzulassen, gehe man zu Pressschwamm über. Ein gewöhnlicher Uterus kann selbst in 1 Sitzung ohne Schwierigkeit durch an Dicke zunehmende Sonden bis zu deren Caliber No. 12 erweitert werden, gewöhnlich aber ist diese Vorbereitung unnöthig und man kann sogleich einen Stift dieses oder noch stärkeren Calibers anwenden. Bereitet die Krümmung der Cervixhöhle der Einführung ein Hinderniss, so muss das Organ mit der Sonde aufgerichtet und neben ihm der Stift eingeführt werden, oder man bedient sich auch einer besonderen Zange, wie C. eine solche im Winkel gebogen und ähnlich unseren Aetzmittelträgern construirt hat, da ihm die vorhandene von Barnes zu schwach schien und sich verbog.

Die Laminariastifte haben die Tendenz, herauszuschlüpfen; sie durch Scheidentamponade festzustellen, ist theils nicht ungefährlich, theils häufig unwirksam, und C. empfiehlt, zwei Stifte zu verwenden, der eine, $^1/_2''$ kürzer als die Uterushöhle, wird ganz in sie einge-

führt, der zweite, längere daneben so, dass er entweder durch die ganze Höhle geht und aus dem Os extern. noch herausragt, oder so, dass er nur durch die Cervix hindurchgeht. Während des Liegens der Stifte wird die Vagina ausgespült. Da die an den Stiften angebrachten Bändchen oft reissen, empfiehlt C., den Stift der Länge nach auszuhöhlen und an der Spitze 2 Löcher anzubringen, welche in die centrale Höhlung führen; zieht man nun die 2 Enden eines stärkeren Fadens durch diese Löcher in die Höhlung ein, und aus deren Ende wieder heraus, so wird die Spitze des Stiftes von der Fadenschlinge umgeben und so leicht entfernt werden können. Oder man kann solche Löcherpaare auch in Zwischenräumen von $1/2''$ nach der centralen Höhle durchbohren, und dann die Fadenenden immer zu dem einen hinein, zum nächst unteren herausführen, dann wird auch das Zerbrechen in mehrere Fragmente unschädlich bleiben.

Wählt man Pressschwamm, so wird sich ein ähnliches Arrangement zweier nützlich erweisen, um zu vermeiden, dass das Os internum gar nicht, und das Os externum allein erweitert werde, was sonst durch Herausstossung des dickeren Endes unvermeidlich ist. Das Zerbröckeln der Pressschwämme in mehrere Stücke ist ein häufiges und sehr unangenehmes Ereigniss; es bleibt Nichts übrig, als sie einzeln zu extrahiren. **Lühe** (Stralsund).

---

6. J. G. Swayne (Bristol). Ist die erste Entbindung schwerer als spätere?

(The obstetr. Journ. 1879. No. LXXIV, Mai, p. 65.)

S. giebt zur Aufklärung der aufgeworfenen Frage eine Zusammenstellung über 231 erste und 791 spätere Entbindungen; von den ersteren starb keine Mutter, von den letzteren 5 = 0,61 %. Von den Kindern der Erstgebärenden starben 18 = 7,73 %, von denen der Mehrgebärenden 47 = 5,94 %; dies ergiebt, dass die erste Entbindung den Müttern weniger, den Kindern mehr gefährlich ist, als später. — Die Anlegung der Zange wird bei den Erstgebärenden 52 Mal, d. h. in 22,51 % der Fälle, hingegen bei Mehrgebärenden nur 25 Mal, d. h. in 3,16 % nöthig wegen der bei Jenen häufigeren Verlängerung der 2. Geburtsperiode; dagegen stellen sich die Zahlen für Craniotomie ziemlich gleich, nämlich auf 1 und 5, also 0,42 % resp. 0,61 %. Die Wendung muss in 0 resp. 8 Fällen (1,01 %) gemacht werden, wie auch bei der ersten Kategorie in 0, bei der zweiten in 10 Fällen (1,26 %) die Einleitung der künstlichen Frühgeburt nothwendig wird. Ziemlich gleich ist die Anzahl der Blutungen bei beiden Kategorien, doch die Grösse des Blutverlustes selbst im Einzelfalle ist bei Mehrgebärenden beträchtlicher. Die das Leben nicht gefährdenden Dammrisse sind bei Erstgebärenden fast 20 Mal häufiger, Zwillinge werden bei ihnen nur 1 Mal (0,45 %), bei Mehrgebärenden 11 Mal (1,40 %), also etwas häufiger, beobachtet, Uterusruptur kam bei keiner I para, und nur bei 1 Pluripara vor, Quer-

lagen endlich zeigten sich bei keiner Ipara, 7 Mal (0,88 %) bei Pluriparis.

Bei der unzweifelhaft längeren Dauer der ganzen Geburt, besonders auch der 2. Geburtsperiode kann nicht geleugnet werden, dass die austreibenden Kräfte der Ipara schliesslich erlahmen und hieraus Gefahren für Mutter und Kind erwachsen können, falls der Geburtshelfer, wie noch vor 50—60 Jahren allgemein üblich, zu lange mit der Anlegung der Zange zögert. Jetzt aber, wo die Anlegung der Zange allgemein eine weitere Indicationsstellung hat, werde die 2. Periode keinen Unterschied in der Gefährdung der Erst- und Mehrgebärenden mit sich bringen.

Lühe (Stralsund).

---

7. **B. Hicks.** Zustand des Uterus bei Hydatidendegeneration des Chorion.

(The obstetr. Journ. 1879. No. 73. p. 12. April.)

Gegenüber einer Bemerkung Godson's, dass sich der Uterus bei Hydatidenschwangerschaft ganz ähnlich seinem gewöhnlichen Verhalten angefühlt habe, bemerkt H., dass auch bei normalem Schwangerschaftsverlaufe sich der Uterus nicht allein in den verschiedenen Fällen, sondern auch derselbe Uterus zu verschiedenen Zeiten und an verschiedenen Stellen verschieden anfühle. Den Placentaransatz könne man sehr häufig deutlich von den übrigen Stellen unterscheiden und die zeitweiligen, mit Erschlaffung abwechselnden Contractionen des Uterus, welche gerade bei Molenschwangerschaft in besonders charakteristischer nach eigener und Mc Clintock's Beobachtung während ihrer ganzen Dauer auftreten, lassen ihn bald hart, bald erschlafft erscheinen. Besonders bei stärkeren Blutungen dauert der contrahirte Zustand häufig lange an; nach Ausstossen eines Blutklumpens erschlafft dann der Uterus, und dann kann sich wohl das von Autoren als pathogmonisch erwähnte »teigige Gefühl« geltend machen. Aber gerade in dem Wechsel des Contractionszustandes erblickt H. das Charakteristische für Hydatidenschwangerschaft.

Lühe (Stralsund).

---

8. **A. Edis** (London). Chronische Endometritis cervicalis als Ursache von Sterilität und Abortus. Vortrag, gehalten auf der Jahresversammlung der Brit. med. Association zu Bath, August 1878.

(Brit. med. Journ. 1878. November 16.)

Nach einer Besprechung der Anatomie dieser Erkrankung zählt Verf. ihre verschiedenen Symptome auf, unter denen er Leukorrhoe, Menstruationsanomalien, Sterilität und Neigung zu Aborten hauptsächlich betont. Oft ist nur für das Auge eine Erkrankung wahrzunehmen, während der Finger keine Veränderungen fühlt. Unter den ätiologischen Momenten betont E. die von Nöggerath angeführte Gonorrhoe des Mannes. Die Besserung, die oft auf Incisionen des Cervix folgt, leitet Verf. hauptsächlich von der Depletion ab,

weshalb er auch Scarificationen, unterstützt durch Warmwassereinspülungen empfiehlt.

In Fällen, die keine Blutentziehung indiciren, empfiehlt er für 12—24 Stunden einen Pressschwamm einzulegen und dann den ganzen Cervicalcanal mit rauchender Salpetersäure auszuätzen, vorher jedoch die Resistenz der Pat. auf diesen Eingriff durch eine Aetzung nur der unteren Partieen zu prüfen. Das Instrument dazu ist die gewöhnliche Playfair'sche Sonde. Im Anschlusse neutralisirt er mit Sodalösung, einmal wöchentlich nimmt er die Procedur vor.

Auch bei schon schwangeren Frauen, die an Cervicitis leiden, empfiehlt Verf., zumal wenn die Frau früher Aborte durchgemacht, die Therapie unter den obigen Cautelen einzuleiten, dabei aber die Pat. auf die Gefahr eines trotz der Behandlung sich wiederholenden Abortus aufmerksam zu machen. Nur soll in diesem Falle, für den er als die geeignetsten Mittel Carbolsäure, Salpetersäure und Argentum nitricum angiebt, die Pat. das Bett hüten und etwaige Einspülungen nicht kalt, sondern lau vornehmen. **Herdegen** (Stuttgart).

---

9. **Rheins** (Neuss). Zur Anwendung des Sims'schen Speculums in der Geburtshülfe.

(Allgemeine med. Centralzeitung 1879. No. 28.)

Verf. verwandte das Sims'sche Speculum in einem Fall von Hydrocephalus zur Feststellung der Diagnose durch Sichtbarwerden der Haare. Ferner empfiehlt er es für Incisionen in den Muttermund bei der Geburt, Diagnose von Gesichtslage, Perforation (??).

Fehling (Stuttgart).

---

10. **L. Tait.** Bemerkung über das Princip der circulären Einschnürung bei der extraperitonealen Stielversorgung nach Ovariotomie.

(The obstetr. Journ. 1879. No. 73. p. 19. April.)

T. giebt eine sehr hübsche neue Klammer an, durch welche ein starker vernickelter Kupferdraht vermittelst einer eingesetzten und später entfernbaren Schraubenvorrichtung fest angezogen und in Stellung erhalten oder auch durch abermaliges Einsetzen jener nochmals stärker angezogen werden kann, je nach Bedarf. Selbst bei sehr dicken Stielen hat sich die neue Klammer, die einfach liegen bleibt und die sonstige Behandlung der Wunde in keiner Weise hindert, durch ihren sicheren Verschluss mehrfach trefflich bewährt.

Lühe (Stralsund).

---

11. **Rheinstädter** (Cöln). Ueber Sterilität.

(Deutsche med. Wochenschrift 1879. No. 26 und 27.)

II. Ursachen und Behandlung der männlichen Sterilität und Impotenz.

Decrepität, zu jugendliches und hohes Alter ausgeschlossen, fasst man unter dem Begriff der männlichen Sterilität die Fälle zusammen, wo

1) beim Coitus es gar nicht zur Ejaculation von Flüssigkeit kommt (Aspermatismus);

2) die Ejaculationsflüssigkeit entweder keine oder nur Rudimente von Samenfäden enthält (Aspermatozoismus, Azoospermie);

3) die Ejaculationsflüssigkeit zwar normale Samenfäden enthält, aber sonstige Eigenschaften zeigt, die sie zur Befruchtung untauglich machen.

Der Aspermatismus kommt vor:

a) als absoluter, d. h. gänzlicher Mangel der Bildung von Ejaculationsflüssigkeit, bei angeborenem oder erworbenem (Castration) Defect oder totaler Degeneration der secernirenden Organe (Hoden, Prostata);

b) als permanenter, wo der Coitus vollzogen wird, die Samenbildung normal vor sich geht, aber keine Ejaculationsflüssigkeit nach aussen tritt, bei Verschluss des Ductus ejaculatorii, der angeboren und erworben (Prostata-Affection, Trauma, Gonorrhoe) sein kann;

c) als paradoxer, wo es gerade beim Coitus nicht zur Ejaculation kommt, während Pollutionen vorhanden sind;

d) als temporärer, wo die Ejaculation nur unter gewissen Umständen (bei gewissen Frauen, bei gewisser Gemüthsstimmung) auftritt. Für die beiden letzten Formen müssen wir der Gehirnthätigkeit einen hemmenden Einfluss vindiciren. Die beiden ersten Formen sind unheilbar, bei den beiden letzten ist der constante Strom zu versuchen, der durch psychische Einflüsse zu unterstützen ist.

Die Azoospermie entsteht entweder:

a) durch Verschluss der Samenwege jenseits der Prostata, dann enthält die Flüssigkeit kein Hodensecret;

b) durch Krankheiten des Hoden, namentlich doppelseitige Entzündung (Gonorrhoe), andre Krankheiten (Sarcocele, Carcinom, Tuberkulose) sind selten;

c) durch Excesse in Venere und Spermatorrhoe. Letztere ist die Folge von Entzündungen, von Onanie und Excessen, manchmal auch Störungen im Centralnervensystem. Der in Folge dieser Schädlichkeiten gesetzte Reizzustand der Urethralschleimhaut erleichtert entweder die reflectorische Auslösung der Ejaculation, oder er bewirkt direct eine Erschlaffung des Ductus ejaculatorius und eine Erweiterung der Ausführungsöffnung und führt so zur Spermatorrhoe.

Die Möglichkeit der Heilung der Azoospermie hängt von der Möglichkeit der Beseitigung der Grundursachen ab.

Bei der 3. Ursache der Sterilität handelt es sich um eine zu zähe Beschaffenheit der Ejaculationsflüssigkeit; es beruht dies auf einer zu spärlichen Menge oder zu zähen Beschaffenheit des Prostatasecretes.

Zur männlichen Sterilität im weiteren Sinne gehören ferner die Fälle, wo bei regelrechter Ausführung der Immissio Penis und normale Samenbereitung die Ablagerung des Spermas in der Scheide durch mechanische, das männliche Glied betreffende Hindernisse oder durch

Defecte an demselben vereitelt wird: Phimose, Prostatahypertrophie, Stricturen, Fisteln der Harnröhre, Hypospadien, Epispadien. Die Behandlung und Möglichkeit der Heilung ergiebt sich leicht aus dem einzelnen Fall.

Die männliche Impotentia coeundi beruht entweder

1) auf Abnormitäten der Gliedbildung (Hermaphroditismus, mangelhafter Entwickelung, Difformitäten, Neoplasmen, Brüchen, nur in den letzten Fällen Aussicht auf Heilung), oder

2) auf Mangel oder mangelhafter Beschaffenheit der Erectionen. Dieselbe ist selten angeboren, meist Folge von schweren Krankheiten, chronischen Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten, Diabetes, Excessen in Venere und Onanie, gewissen psychischen Einflüssen, excessiven Gebrauchs gewisser Arznei- und Genussmittel, Bromkali, Arsenik, Alkohol, Nicotin. Die Behandlung ist eine allgemeine (psychische Einflüsse, roborirende und tonisirende, eventuell ableitende) und eine locale (Elektricität, Kälte, Kühlsonde, Aetzungen, namentlich am Folliculus seminalis mit dem Lallemand'schen Instrument), je nach dem einzelnen Fall.

Zum Schluss wird die künstliche Befruchtung und der dagegen in Deutschland wohl mit Recht herrschende Widerwille kurz erwähnt.

Schellenberg (Leipzig).

---

12. **C. v. Rokitansky** (Wien). Bericht des Maria Theresia-Frauenhospitals. 1878.

(Separatabdruck aus der Wiener med. Presse 1879.)

Es wurden im Jahre 1878 73 Kranke aufgenommen.

Bei denselben wurden Operationen ausgeführt: Bilaterale Discision des Cervix 9, Amputation der Vaginalportion wegen Carcinom mit galvanokaustischer Schlinge 2, Entfernung von Carcinom des Cervix mit Curette, Schere und Messer (ferr. cand) 7 (1†), Spaltung der Fibromkapsel mit folgender Enucleation des Fibroms 1 (†), Laparohysterotomie 1, Auslöffelung wegen Adenoma uteri 1, Entfernung von Polypen 3, Skarificationen der Vaginalportion 2, Abtragung von hypertrophischen Scheidenschleimhautfalten 2, Kolporrhaphia ant. nach Hegar und Kaltenbach 11, Kolpoperineorhaphie 7, Kolpoperineoplastik 4, Punction von Ovariencysten 3, Ovariotomien 7 (4†), Probeincision (bei Cystentumor der linken Niere) 1, Excision eines Stückes aus dem Sack einer Vaginalcyste, Excision eines Molluscum der rechten kleinen Schamlippe 1, Perineoplastik 3, Rectovaginalfisteloperation 1.

Die Laparohysterotomie wurde bei einer 31jährigen Frau ausgeführt, die mit einem mannskopfgrossen Fibrom in der vorderen Uteruswand behaftet war. Schnitt vom Proc. xyph. bis zur Symphyse. Sicherung des Stumpfes durch Chassaignac'sche Kette, die knapp am Scheidengewölbe lief, und Fixirung mit der Péan'schen Klemme. Am 2. Tage Eröffnung der Bauchhöhle wegen Nachblutung, die aus

dem Stiel (oberhalb der Kette) kam. Günstiger Verlauf. Die Kranke stand am 28. Tage auf.

Das Ambulatorium wurde von 500 Kranken besucht.

Bandl (Wien).

---

13. A. **Schott** (Nauheim). Menorrhagien und chronische Hyperämien des Uteruskörpers.

(Sammlung klin. Vorträge No. 161.)

Verf. beabsichtigt zu zeigen, wie mit der pathologischen Steigerung der menstruellen Hyperämie eine Reihe der wichtigsten Erkrankungen des Corpus uteri in ihrem Wesen zusammenhänge und wie auch ihre Behandlung aufs innigste mit der erfolgreichen Bekämpfung jener Hand in Hand gehe.

Bei den einfachen Metrorrhagien und den, von ihnen weder diagnostisch noch begrifflich zu trennenden Menorrhagien handelt es sich zunächst nur um eine pathologische Ausschreitung der menstruellen Anschwellung und Hyperämie der Uterusschleimhaut, wobei die Textur der letzteren noch normal bleibt. Aetiologisch sind sowohl Functions- als auch Circulationsstörungen heranzuziehen: deprimirende Gemüthsaffecte, körperliche Ueberanstrengung, geschlechtliche Excesse, mangelhafte Involution, Steigerung der Reizvorgänge im Ovarium, Stauungen in den Uterinvenen, Affectionen des Herzens und des gesammten Gefässapparates wie menorrhagische Chlorose bei allgemeiner Enge und Dünnwandigkeit der Gefässe.

Eine weitere Reihe von Zuständen und Vorgängen am Uterus verhält sich zu dem Uebermass der menstruellen Schwellung und Blutung bald als Ursache, bald als Folge ein Abort, namentlich der habituelle, dann die Flexionen.

Die krankhafte Steigerung der Menstruation kann sich schliesslich zu einer beständig fortdauernden chronischen Entzündungsform des Uterus entwickeln: Endometritis, Metritis, Neubildungen (Myome). Bei der Behandlung der congestiven Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane wird daher die katameniale Exacerbation einen der richtigsten Angriffspunkte bilden müssen und zwar ist die richtigste Zeit für die Behandlung die Tage vor, während und theilweise nach der Periode; besonders zu berücksichtigen sind die Methoden, welche die Frauen selbst handhaben können. Es steht hierbei obenan Ruhe und Kälte. Bettlage bei Hochlagerung des Beckens, halbe Sitzbäder (10°). Dann heisse Injectionen (40—41°) bei gleichzeitiger Schmerzhaftigkeit. Dabei innerlich Secale, Digitalis, Chinin, salicylsaures Natron.

In den Intervallen zwischen den Perioden kommen dann die resorbirenden Mittel Jod und Brom; ferner die intrauterinen Aetzungen, Entfernung der kranken Schleimhaut etc.

Sehr wesentlich ist ein allgemein tonisirendes und anregendes Verfahren. Ort- und Luftveränderung, Bäder (Soolbäder und Kalt-

wasser-Behandlung, namentlich das kaltnachfliessende Vollbad). Verf. giebt eine Anleitung zu künstlichen Badecuren.

Schellenberg (Leipzig).

---

14. **L. Tait.** Bemerkung zur Behandlung der chronischen Inversio uteri.

(Obstetr. Journ. No. LXIX. 1878. December. p. 555.)

White's Operationsplan für Reposition des invertirten Uterus ist unzweifelhaft der richtige, allein die Ausführung ist zu gefahrvoll. Daher schlägt T. vor, die Operation durch allmäligen Druck zu machen, theilt sie in 3 Acte ein und nimmt 3 verschieden dicke Näpfchen, an denen ein 6″ langer Stift mit 2 an seinen Enden befestigten elastischen Schnüren angebracht ist.

Die Anwendung seiner Instrumente erklärt er durch Referirung eines Falles, in welchem er sie anwandte, und zwar handelte es sich um eine Frau, welche vor 10 Wochen bei einer Geburt sich die totale Inversion acquirirt hatte und durch Blutungen sehr erschöpft war. Pat. wurde nur ihrer grossen Sensibilität halber ätherisirt, die elastischen Schnüre wurden nach Application des Näpfchens leicht angezogen, so dass der Druck etwa $^3/_4$ — 1 ℔ entsprach, und an einem um die Taille angelegten Heftpflasterstreifen befestigt. Am anderen Morgen war der Uterus zum Theil reinvertirt, aber das Näpfchen, das sich von dem Stift gelöst hatte, war in der Uterushöhle zurückgehalten und musste daraus mit einiger Mühe entfernt werden. Da die Reinversion noch nicht vollständig war, wurde das dünnste Näpfchen eingeführt und ebenso verfahren; schon nach ganz kurzer Zeit war die Reposition vollendet. Fieber war gar nicht eingetreten, Schmerz nur bei dem letzten Act geklagt und durch subcutane Morphiuminjection beseitigt worden. Das anfangs noch vorhandene Klaffen des Cervix wurde durch Extr. Secalis beseitigt und gegen die zurückbleibende Retroflection ein Ring verordnet, wodurch die Beschwerden ganz gehoben wurden.

T. hofft durch diese Methode die Nothwendigkeit der Amputation noch mehr einzuschränken, nur müssen die Instrumente von Elfenbein, nicht von Holz gearbeitet sein, um ein Ablösen der einzelnen Theile durch ungleichmässiges Aufquellen und dadurch bedingte Lockerung der Schraube zu verhindern.

Lühe (Stralsund).

---

15. **L. Rosenthal** (Berlin). Ueber das Copeman'sche Verfahren zur Beseitigung des hartnäckigen Erbrechens Schwangerer.

(Berliner klin. Wochenschrift 1879. No. 26.)

Verf. hatte Gelegenheit, kurz hintereinander bei zwei Fällen von sog. unstillbarem Erbrechen Schwangerer, mittelst des Copeman-sche Verfahrens — Erweiterung des Muttermunds — einen so-

fortigen glänzenden Erfolg zu erringen und empfiehlt, namentlich mit Rücksicht auf die neueren günstigen Veröffentlichungen, diese Methode auf das angelegentlichste. Seine übrigen Bemerkungen über die Symptome, Statistik, Aetiologie, Therapie u. s. w. der vorliegenden Krankheit enthalten wohl nichts Neues. Die Arbeit Weber's (s. dieses Centralb. Bd. I. p. 260) scheint Verf. entgangen zu sein. **Schellenberg** (Leipzig).

---

16. **G. Griffith** (London). Ueber Puerperalfieber und Puerperalscharlach.

(Med. Press 1879. Januar 29.)

Die Thatsache hebt Verf. als bedeutungsvoll hervor, dass bei Puerperalfieber ein Ausschlag vorkommen kann, der dem bei Scharlach ausserordentlich gleicht; derselbe ist aber nicht von Abschuppung gefolgt, sondern septikämischen Ursprungs, und kein wirklicher Scharlach. Derselbe falsche Scharlach kommt zuweilen bei chirurgischen Verletzungen und Wunden von septischem Charakter vor. Die genaue Diagnose ist nicht leicht, aber wichtig, sie wird gestützt, wenn es gelingt, irgend etwas putrides im Uterus nachzuweisen, sicher, wenn durch Auswaschen und Desinfection des Uterus der Ausschlag und die übrigen Symptome verschwinden. **Underhill** (Edinburg).

---

17. **F. Barns** (London). Pessar gegen Anteflexion (mit Abbildung).

(Brit. med. Journ. 1879. Mai 3.)

Das Pessar ist eine Combination von Graily Hewitt's Wiegenpessar mit dem gewöhnlichen Hodge'schen, beide sind einigermassen beweglich durch Uhrfedern verbunden. Der Vortheil liegt darin, dass das Wiegenpessar, durch den Hodge gestützt, sich nicht verschieben kann und ein Ausweichen der Portio nach hinten nicht gestattet. Zu haben bei Wright 105 New Bond Street, London.

Fehling (Stuttgart).

---

18. **S. C. Dumms** (Constantia, Ohio). Neues, unerwähntes Schwangerschaftszeichen.

(Cinc. Lancet and Clinic 1878. Oct. 26.)

Verf. glaubt in dem dem untersuchenden Finger mitgetheilten Geruche von Vernix Caseosa ein untrügliches Zeichen der Schwangerschaft in den ersten 3—4 Wochen gefunden zu haben.

P. F. Mundé (New-York).

---

19. **Kurz** (Florenz). Einige Beobachtungen über die Wirkung des Jodoform.

(Allgemeine med. Centralzeitung 1879. No. 8.)

Verf. empfiehlt nach Moleschott Jodoform in Verbindung mit Collodium oder Ung. Glycerini (je 1 : 10) bei Periphlebitis, Adenomen

der Mamma, der Schilddrüse, bei Orchitis, bei Infarct des Uterus, ferner bei peri- und paracentrischen Exsudaten.

Bei Ovarientumor sah er keinen Erfolg.

Fehling (Stuttgart).

---

20. **W. H. Baker** (Boston). Der Missbrauch von Aetzmitteln in der Gynäkologie.

(Boston med. and Surg. Journ. 1878. Aug. 15.)

Verf. bespricht die Nachtheile, welche aus dem allzu häufigen Gebrauche starker Caustica bei Affectionen der Vaginalportion entstehen können, als da sind: Feste Narbenbildung, Stenose und Atresie des Os ext. und zuweilen internum, Inclusion von Nervenfasern in das Narbengebilde, cystöse Entartung in Folge Occlusion der Naboth'schen Follikel. Diese Bemerkungen beziehen sich sowohl auf das sogenannte Narbenectropium bei Cervicalrissen (von dem Verf. 2 Fälle mittheilt, einer mit Stenose, der andere mit Atresie des Cervicalcanals und Eiteransammlung in der Uterushöhle, beide nach Aetzungen des vermeintlichen Geschwüres entstanden), als auf wirkliche Geschwürsbildung an der Portio. Nur grosse klaffende Ora ext. sollten kräftig geätzt werden, und dann unter sorgfältiger, lang dauernder Beobachtung. **P. F. Mundé** (New-York).

---

21. **Th. L. W. von Bischoff.** Vergleichend anatomische Untersuchungen über die äusseren weiblichen Geschlechts- und Begattungsorgane des Menschen und der Affen, insbesondere der Anthropoiden.

(Aus den Abhandlungen der k. bayer. Akademie der Wissenschaften II. Cl. XIII. Bd. II. Abth. München 1879.)

Verf. constatirt die wesentlichen Unterschiede zwischen den äusseren Genitalien der Menschen und denen der Affen, selbst der anthropoiden. Grosse Schamlippen fehlen den Affen fast vollständig; die kleinen sind gut entwickelt. Der Kitzler ist durchschnittlich grösser, als beim menschlichen Individuum. Der Vorhof bei den Affen tiefer. Der Schamberg fehlt den Affenweibchen fast ausnahmslos; die Gegend desselben und die äusseren Genitalien sind wenig behaart. Ebenso fehlt der Hymen, die Faltung der Scheide etc. Verf. kommt zu dem Schluss, dass zwischen den Genitalien des Menschen und denen der anthropoiden Affen kein Uebergang existirt, während die Genitalien der übrigen Affen denen der anthropoiden nahezu gleich sind. Ebensowenig dürfe man behaupten, dass die Affengenitalien einer niederen Entwickelungsstufe der menschlichen Genitalien gleiche. Schon ungemein zeitig sind beim menschlichen Embryo die grossen Schamlippen zu bemerken, die, wie schon gesagt, den Affen fehlen. **Ahlfeld** (Leipzig).

---

22. **M. Kamm.** Beitrag zur Lehre von den Gesichtslagen.
Inaug.-Diss. Breslau 1878.

Das Material für vorliegende Arbeit besteht in 71 Fällen der Breslauer geburtshülflichen Klinik und Poliklinik.

Eine richtige Zahl für das wirkliche Verhältniss der Gesichtsgeburten lässt sich daraus nicht finden, denn selbst in den klinischen Fällen (24 unter 4000 = 0,6 %) bedingt die sociale Stellung der die Anstalt frequentirenden Individuen manche auf die Geburt influirende Eigenthümlichkeiten.

Die I. Gesichtslage verhielt sich zur II. wie 1,37 : 1,0, es ist also im Vergleich zur II. Stellung bei Schädellagen dieselbe bei Gesichtslagen relativ häufiger, was wohl durch die Deviation des Uterus nach rechts bedingt wird.

Unter den ätiologischen Momenten von Seiten der Mutter ist zunächst das Vorwiegen der Mehrgebärenden gegen die Erstgebärenden hervorzuheben, 2,23 : 1,0, trotzdem in der Breslauer Klinik im Allgemeinen die Zahl der Erstgebärenden die der Mehrgebärenden übertrifft. Mit der Zahl der Geburten nehmen im Allgemeinen die Regelwidrigkeiten zu (verringerte Resistenz der Bauchdecken und der Uterusligamente).

Ferner die Haltungsanomalie des Uterus, und die Beckenenge (34 %), am häufigsten der platten Becken.

Erwähnenswerth ist, dass in 3 Fällen bereits bei einer früheren Geburt Gesichtslage vorkam. (3 Mal Beckenenge, 1 Mal Nabelschnurumschlingung.)

Aetiologische Momente von Seiten der Früchte. Hier fällt zunächst das Ueberwiegen der Mädchen (39 gegen 31 Knaben) auf, was vielleicht damit zusammenhängt, dass bei Knaben der brachycephale Schädeltypus vorwiegt.

Die Früchte gehörten ferner meist nicht nur zu den schweren, sondern auch zu den vollen und fetten, relativ kurzen Kindern (Ahlfeld). Die Nabelschnur war in 88,5 % der Fälle nicht normal, meist zu lang, jedoch kamen gerade dann leichter Umschlingungen vor und es kann die dadurch entstehende secundäre, relative Kürze der Nabelschnur auf die Einstellung Einfluss ausüben. Die Hemicephalie bietet günstige Momente für die Einstellung in Gesichtslage (Schnauzengeburt). Zweimal wurde grosse Ausdehnung des Thorax (Ahlfeld) sicher als Ursache constatirt. Die Hecker'sche Anschauung über Dolichocephalie und ihren Einfluss auf die Entstehung der Gesichtslage, wird vom Verf. energisch vertheidigt und die Resultate der Messungen gleich nach der Geburt und später angeführt.

Die Prognose ist sowohl für die Mutter (Morbilität 17 %, Mortalität 7 %), als auch für die Kinder (während und kurz nach der Geburt gestorben 28,1 %) schlecht. Ein wichtiges Moment ist hierbei die lange Geburtsdauer. Bei den Primipara durchschnittlich 34 Stunden, trotz mehrfacher künstlicher Beendigung der Geburt, bei den Multipara 15 Stunden; ferner der vorzeitige Blasensprung (bei

25 Fällen von Mehrgebärenden durchschnittlich 7 Stunden vor der Beendigung der Geburt).

Therapeutisch ist da zu rathen, bei uncomplicirten Gesichtslagen so lange abzuwarten, als es ohne Schaden für Mutter und Kind möglich erscheint (71,8 % spontane Geburten geben die günstigste Prognose sowohl für die Mütter als für die Kinder).

Die Rectification ist meist nicht nothwendig, hat wenig Aussicht auf Erfolg und ist gefährlich, namentlich mit der Zange.

Bei Complicationen, die die Beendigung der Geburt verlangen, ist bei tiefstehendem Kopf und günstiger Stellung die Zange, bei ungünstiger Stellung Perforation, bei hochstehendem Kopf Wendung und Extraction indicirt. Eine der häufigsten Complicationen ist Nabelschnurvorfall. **Schellenberg** (Leipzig).

Casuistik.

23. **Zweifel** (Erlangen). Ein Fall von Ureteren-Uterusfistel, geheilt durch Exstirpation einer Niere.

(Arch. für Gynäkologie Bd. XV. Hft. 1.)

Der Fall des Verf. ist der 8. in der Literatur bekannte. Namentlich W. A. Freund (Strassburg) liefert in seinen klinischen Beiträgen und Berliner klin. Wochenschrift, No. 69. p. 50 eine grössere Arbeit über Ureteren-Uterusfisteln. Freund selbst beschrieb 3 Fälle, und konnte in einem letal endenden Falle die anatomischen Verhältnisse genau beschreiben. So kam er zu dem auch von Zweifel bestätigten Resultate, dass eine Ureteren-Uterusfistel nur entstehen kann, wenn schon vorher das Parametrium resp. die Umgegend der Fistel pathologisch verändert, d. h. durch Narbencontraction der Ureter an den Uterus herangezogen ist. Eine andere Veranlassung zur Fistel ist die Druckgangrän. Der erste geheilte, eigentlich zufällig geheilte Fall ist der von Duclout (Gaz. de Paris 1869, Sept. 13). D. schloss nach mehreren vergeblichen Cauterisationen den Muttermund durch Nähte. Obwohl nun später das Menstrualblut durchbrach, war Pat. doch von der Fistel geheilt. Es war also das untere Ureterstück durchgängig geblieben. Es hatte nur eine fistulöse Communication zwischen Ureter und Uterus bestanden. Diese war bei der Naht zufällig geschlossen. Auch ein von Kurz beschriebener (Tübinger) Fall blieb ungeheilt. In 7 Fällen war 6 Mal der linke Ureter getroffen.

Im Falle des Verf. hatten 5 schwere Entbindungen stattgefunden. Nach der 5. (Forceps) war die Fistel sofort bemerkt. Durch die Simon'sche Katheterisation der Ureteren gelingt es, zu beweisen, dass der linke Ureter der gerissene ist. Verschluss des Muttermunds misslang. Mit dem Rutenberg'schen Spiegel war kein Erfolg zu erzielen. Danach tritt Conception ein. Künstliche Frühgeburt nach Kiwisch's Methode, die Verf. warm empfiehlt. Der Muttermund war hier so eng, dass der Fall die klinischen Erscheinungen der Conglutinatio darbot. Das Wochenbett verlief normal. Es war nicht möglich, auch nach ausgiebiger Spaltung des Cervicalcanals die Fistel zu finden. Hierauf wurde beschlossen, eine hohe Blasengebärmutterfistel zu machen und dann unterhalb der Communicationsstelle den Muttermund zu schliessen. Schon die vorbereitenden Versuche (Laminarien, Pressschwamm), zeigten die Unmöglichkeit. Es entstand ein Beckenabscess. Danach Nierenexstirpation beschlossen, nachdem Pat. die Anlage einer Blasenscheidenfistel mit querer Obliteration der Scheide verweigert hatte. Nachdem Verf. nunmehr Simon's Verdienste hervorgehoben, beschreibt er die Anatomie und sein operatives Vorgehen. Ein Holzschnitt, nach einem Präparat gezeichnet, dient namentlich zur Klarlegung der Verhältnisse der Fascien. Ihre Kenntniss ist höchst wichtig.

Bei der Operation war erleichternd, dass »die herausgeschnittene Niere klein war: 76 mm lang, 32 breit und 23 dick. Vom Nierenbecken aus aufgeschnitten zeigt es sich, dass die functionirende Substanz fast vollkommen atrophirt war und alles noch Bestehende nur aus dem Nierenbecken mit seinen vielen Buchten bestand«.

Im Verlauf der ungestörten Heilung war interessant, dass der Harnleiter als natürliches Drainagerohr fungirte: es ging Eiter per vaginam ab, und dass ein Stück Drainagerohr zurückblieb und einheilte.

Bis jetzt giebt es 7 Fälle. 1. Simon wegen Harnleiterbauchfistel. Heilung. 2. Simon wegen Nierensteinen. Tod. 3. Bruns wegen Schussverletzung. Tod. 4. Peters (New-York). Tod. 5. Durham wegen Nierensteins. 6. Jessop? 7. Langenbuch. Heilung.

Jedenfalls war die Indication in dem Falle des Verf. und in Simon's Fall 1 am klarsten vorhanden. **Fritsch** (Halle a/S.).

24. **E. Hermann** (London). Behandlung der Uterusfibroide mit Ergotin. — (Med. Times and Gaz. 1879. vol. I. No. 1510. 7. Juni 1879. p. 614.)

Verf. hat 5 Uterusfibroide mit Ergotin behandelt. Einmal verringerte sich die Grösse des Tumors beträchtlich, anfangs äusserst rasch, später langsamer, ob unter Zunahme der Härte, war nicht sicher festzustellen. In den übrigen 4 Fällen dagegen war zwar eine Verkleinerung der Geschwulst nicht eingetreten, jedoch eine wesentliche Besserung in Bezug auf die übrigen Symptome, zumal Blutungen, dann aber auch Leukorrhoë, Schmerzen und Störungen des Allgemeinbefindens erreicht worden, auch regelte sich die vorher unregelmässige Menstruation. Meist wurde die innerliche Anwendung vorgezogen und 3 Mal täglich je 1,25—2,0 g Extr. Ergot. liqu. gegeben, nur im ersten (dem erfolgreichsten, Ref.) Falle, wurde Ergotin, resp. dessen wirksames Agens, Acid. scleroticum à 0,06 g einmal täglich subcutan in die Bauchhaut oberhalb des Tumors injicirt. **Lühe** (Stralsund).

25. **Lloyd Roberts.** Entfernung eines interstitiellen Uterusfibroids. (The Lancet 1879. Januar 18.)

Der Tumor, dessen Entstehung erst 10 Monate zuvor bemerkt worden war, war sehr gross, ein orangegrosser Theil desselben ragte in die Vagina hinein. Die Geschwulst sass dem Fundus und der vorderen Wand des Uterus ohne Stiel auf; ein Theil wurde mit der Hakenzange entfernt, der Rest mit dem Kephalotriptor gefasst, der vorzüglich wirkte, jedoch folgte vollständige Inversion nach dem letzten Zug. Der Tumor, über 3 Pfund schwer, wurde entfernt, der Uterus reponirt. Nach einigen Stunden schweren Collapses folgte völlige Wiederherstellung. **Underhill** (Edinburg).

26. **J. C. Ronton** (Glasgow). Ergotin bei einem Uterusfibroid. (Practitioner 1879. p. 31. Februar.)

Die Pat. hatte ein grosses Fibroid in der hinteren Uteruswand, das starke Blutung mit nachfolgender Anämie verursachte. Verf. verordnete Suppositorien, 0,25 Ergotin enthaltend, anfangs täglich 2, später 4 Stück.

Das Menstrualblut hatte nach einigen Wochen der Anwendung einen scharfen Fischgeruch beim Versetzen auf Soda, dies deutet auf die Anwesenheit von Ergotin im Ausfluss. Nach einigen Wochen stellte sich grosse Besserung im Allgemeinbefinden ein. **Underhill** (Edinburg).

27. **Savage** (Birmingham). Erfolgreiche Gastrotomie bei einem Fall von Uterusmyom. — (Brit. med. Journ. 1879. Mai 17.)

Eine 37jährige ledige Person hatte von jeher viel Blut bei den Menses verloren, seit 4 Jahren fast anhaltender Blutabgang mit Schmerzen, seither fand sich auch Zunahme des Unterleibs. Der Uterus, etwas vergrössert, lag hinter den Schambeinen, im Douglas ein harter Tumor. Zuerst wurde eine Discision des Cervix mit vorübergehendem Erfolg gemacht.

3 Monate später wurde nach Laminariadilatation die Kapsel des Fibroids incidirt, bald kehrten aber Schmerzen und Blutungen wieder, so dass zur Radicaloperation geschritten wurde. Die Gastrotomie wurde unter antiseptischen Cautelen ausgeführt und der harte Tumor sammt dem Uterus entfernt, Cervix in die Klammer gelegt. Heilung. **Fehling** (Stuttgart).

28. **Pagenstecher.** Ueber Vaginalfisteln als Folge der Anwendung Zwank'scher Pessarien und über das Nähmaterial bei der Operation.

Halle, Inaug.-Diss. 28 Seiten.

Es werden 3 Fälle mitgetheilt, in denen Zwank'sche Pessarien Fistelbildung zur Folge hatten.

Im 1. entstand nach 3jährigem Liegen eine Blasenfistel, welche bequem für 2 Finger durchgängig war; im 2. Fall hatte das 8 Jahre lang gelegene Pessar eine Blasenscheiden- und eine sehr grosse Mastdarmscheidenfistel verursacht, und war dasselbe so fest eingewachsen, dass es nur mühsam herausgeschnitten werden konnte.

Im 3. Falle bestand nach 3jährigem unausgesetztem Liegen eine grosse Mastdarmscheidenfistel und ein grosses Beckenexsudat.

Die beiden ersten Fälle wurden geheilt, im 3. die Operation verweigert.

Die Zwank'schen Pessarien sind daher ganz zu verwerfen, weil in den meisten Fällen die nöthige Controle von Seiten des Arztes nicht möglich ist, die Trägerinnen selbst aber wegen der schleichend und schmerzlos erfolgenden Perforation die ihnen drohende Gefahr nicht rechtzeitig merken.

Als Nähmaterial wurde in den erwähnten und ausserdem in fünf anderen Fällen von Blasenscheiden- und Mastdarmscheidenfisteln das Silkwormgut, auch Til de Florence genannt, verwandt. Dasselbe hat den Vortheil, dass es wegen seiner Glattheit nicht reizt, sich nicht imbibirt und deshalb Monate, ja Jahre lang ohne sichtbare Veränderung und ohne nachtheiligen Einfluss liegen bleiben kann.

Gewöhnlich werden die Nähte erst nach 6—8 Wochen entfernt, nachdem die Kranken inzwischen bereits entlassen waren. Um es geschmeidiger zum Knoten zu machen, wird es 1/2 Stunde vor dem Gebrauch in Carbollösung gelegt.

Schwarz (Halle a/S.).

29. **E. Kaurin.** Defectus uteri.

(Norsk Mag. for Logevidenskab, 3 Rokke. Bd. VIII. Hft. 6.)

Die Missbildung bei der 29jährigen diabetischen Frau, die nie menstruirt war, wurde im Leben constatirt und einige Monate später bei der Section. Die Scheide endete mit einem Blindsack, im oberen Rande des zwischen beiden Ovarien liegenden Lig. latum eine bohnenförmige Verdickung als Andeutung eines Fundus uteri ohne Cavum. Der Abstand zwischen dieser Verdickung und der blind endenden Vagina war 8 cm. **Ingerslev** (Copenhagen).

30. **Fischer** (Ulm). Tödtlich verlaufene Geburtsfälle in Folge innerer Blutung bei normalem Sitz der Placenta.

(Zeitschrift für Wundärzte und Geburtshelfer Bd. XXX. Hft. 1.)

Verf. theilt 3 solche Fälle mit, welche sämmtlich Mehrgebärende betrafen. Ganz im Anfang der Geburt wegen grosser Prostration der Kreissenden gerufen, fand Verf. jedesmal die ausgesprochensten subjectiven und objectiven Symptome hochgradiger innerer Blutung. Trotz wenig erweiterten Muttermundes gelang es ihm jedesmal, die Uterushöhle schnell zu entleeren; trotzdem erfolgte in allen 3 Fällen sofort nach der Entbindung der Tod der Frau.

Engelhorn (Winnenthal).

31. **Ascher** (Prag). Ein Fall von Narbenstenose als Geburtshinderniss.

(Mitgetheilt im Verein deutscher Aerzte in Prag 1878. December 6.)

(Prager med. Wochenschrift 1879. No. 2.)

Eine 30jährige Xpara gab an, ihr 1. Kind vor 12 Jahren normal geboren zu haben. Bei der 2. Entbindung vor 10 Jahren wurde die Placenta gelöst, sie ver-

lor mehr Blut und machte ein fieberhaftes Wochenbett durch. Vor 5 Jahren folgte ein Abort im 3. Monat. Trotz 12stündiger häufiger Wehen fand sich jetzt kein Muttermund, nur ein stark vorgewölbter Vorfall der vorderen Wand der Vagina, an dessen oberem Ende median eine Narbe zu fühlen war, an derem Endpunkte eine stecknadelkopfgrosse Oeffnung durch Spekulumuntersuchung zu finden war. Diese Oeffnung wurde von Breisky mit der Kniescheere dilatirt, später noch seichte Incisionen hinzugefügt, worauf die Geburt leicht erfolgte.

Das Wochenbett verlief ungestört. Verf. veröffentlicht den Fall als Beweis für die Ungefährlichkeit operativer Eingriffe bei Unnachgiebigkeit des Muttermunds.

Die Ursache für die Verwachsung des äusseren Muttermunds sucht Verf. in dem Vorfall und der von der 2. Geburt herrührenden Narbe.

Fehling (Stuttgart).

32. **Johannovsky** (Prag). Zur gynäkologischen Casuistik. Aus der Breisky'schen Klinik. — (Prager med. Wochenschrift 1879. No. 20.)

Fall 1 betrifft eine quere, vom Verf. ausgeführte Scheidenobliteration nach Simon. Nach einer schweren, spontan beendeten Geburt entstand eine Harnfistel mit unvollständiger Obliteration der Scheide. Verf. entschied sich für quere Obliteration, obgleich die Durchgängigkeit der Cervix nicht sicher gestellt war und auch die Menses seit der Geburt nicht erschienen waren. Die Anfrischung wurde breit und flach gemacht, zur Vermeidung des Douglas'schen Raumes controlirte Verf. mit der linken Hand vom Rectum aus die anfrischende rechte; genäht wurde mit Seide. Bis zum 4. Tage blieb permanent ein metallner Katheter liegen. Es trat primäre Heilung ein, die Menses sind aber seit der Operation nicht erschienen.

Der 2. Fall betraf eine Frau, bei welcher bei der 3. Entbindung die Perforation nöthig gewesen war. Es fand sich eine erbsengrosse mediane Fistel, der Spitze des Blasenhalses entsprechend, daneben noch eine stecknadelkopfgrosse. Scheide und Uterus liessen sich soweit vorziehen, dass die Fistel vor der Vulva sichtbar angefrischt und mit 5 Seidennähten vereint werden konnte. Heilung.

Fehling (Stuttgart).

33. **J. T. Hodgen** (St. Louis). Ungeheurer Labialbruch, Gewicht 94 Pfund. — St. Louis Courier of Medicine Bd. I. Hft. 1. 1879. Januar.)

Pat. 40 Jahre, 2 Kinder. Hühnereigrosse Schwellung des linken Labium, September 1873 erst bemerkt. 1874 Tumor gänseeigross. Mai 1878 waren die Maasse des Bruchsackes folgende: Länge 21″, grösster Umfang 53″, Umfang des Stieles 21″; Gewicht 94 Pfund. Ein elastischer Katheter in die Blase eingeführt ging nach links 9″ tief in den Bruchsack. Der Uterus lag fast horizontal im Becken, Grund nach links. Pat. konnte ihre Blase spontan entleeren. Zur Zeit der Menstruation war der Tumor stets grösser; in der Zwischenzeit etwas kleiner als oben angegeben. Beim Stehen war Pat. seit 2 Jahren gezwungen, den Tumor auf einer zwischen den Beinen stehenden Bank zu stützen; beim Gehen hing derselbe in einem von den Schultern getragenen Sacke. Allgemeinbefinden gut. In den Stiel waren Perineum und linke seitliche Analgegend bis auf die Glutäen einbegriffen. Tumor theils fluctuirend, theils fest. 8. September 1878 starb Pat. unter typho-malarischen Symptomen. Die Section zeigte, dass nur ein geringer Theil der Unterleibsorgane im Bruchsacke lag, denn nur ein Theil des Colon descendens, das ganze Omentum und die Blase lagen im Sacke; Uterus und beide Ovarien waren in der Beckenhöhle, letztere quer. Gewiss $^9/_{10}$ der Geschwulst bestand aus dem enorm hypertrophischen Haut- und Zellgewebe, welche sehr ödemisch waren; in dem Bruchsacke fanden sich etwa 16 Liter Serum.

P. F. Mundé (New-York).

34. **M. Löwenstein** (Moskau). Zwei Fälle totaler Uterus-Exstirpation nach W. A. Freund.

(Petersb. med. Wochenschrift 1879. No. 18.)

1) 48jährige Frau mit Carcinoma colli uteri, das noch nirgends auf die Umgebung übergegangen ist. Operation unter antiseptischen Cautelen, doch ohne Spray.

Der während der Operation nach aussen gebrachte Darm liess sich später nur mühsam reponiren, weil die Narkose wegen drohenden Collapses unterbrochen werden musste und nun die Operirte sehr heftig presste. Die Entfernung des Uterus — genau nach Freund — ging ohne erhebliche Blutung von Statten. Nach Reinigung der Wunde mit warmer 2 % tiger Carbollösung wurden die Ligaturfäden durch die Scheide nach aussen geleitet, die Peritonealwunde im Becken durch Catgutnähte, die Bauchwunde durch tiefe, das Peritoneum mitfassende Silberdrähte vereinigt. Listerverband.

Dauer der Operation 3 Stunden. Temp. am Abend 37,0, Puls 120, vollkommen freies Bewusstsein. Am andern Morgen Temp. 36,2, Puls 140, klein. Der Collaps steigerte sich und es erfolgte am Morgen des 3. Tages der Tod, nach Ansicht L.'s am Choc (Ref. hält es indess nicht für unmöglich, dass eine Nachblutung die Ursache gewesen ist, da Patientin sich bereits am 1. Abend vom Collaps gut erholt hatte). Die Section wurde nicht gestattet.

2) 38jährige Frau mit Carcinoma colli uteri, das bereits eine kleine Partie des hinteren Scheidengewölbes ergriffen hatte. Bei der Operation erfolgte eine beträchtliche Blutung aus einer starken Arterie im hinteren Laquear. Operationsdauer 2 Stunden 40 Min. Tod am andern Morgen unter zunehmendem Collaps. Die Section ergab universelle septische Peritonitis; eine Nachblutung war nicht erfolgt. **Schwarz** (Halle a/S.).

35. **E. P. Hurd** (Newburyport, Mass.). Beitrag zur Therapie der Eklampsie. — (Med. Record 1878. September 14.)

Verf. liefert einen weiteren Beitrag zur Behandlung der Eklampsie mit Chloroform- und Aether, indem er 13 Fälle berichtet (4 aus eigener, 9 aus der Praxis eines Freundes), in denen die Anwendung des Anästheticum, meistens Aether, bis zur tiefen Narkose fortgesetzt bis auf mehrere Stunden nach dem letzten Anfalle, die Convulsionen bewältigte und die Mütter rettete.

Von den Kindern wurden 4 vor Beginn der Eklampsie geboren; 3 wurden während der Anfälle durch Wendung (1 todt), 2 durch die Zange entwickelt; ein anderes war frühzeitig und kam todt zur Welt; also wurden von den 13 Kindern 11 lebend entwickelt. Verf. schreibt die wohlthätige Wirkung der Anästhetica der Herabsetzung des Gehirns und der Medulla durch die tiefe, lang fortgesetzte Narkose zu, und schliesst sich mit seinen Resultaten den Erfahrungen von Philipps, Karl Braun, Chailly, Honoré u. A. an. In 2 anderen Fällen, in denen weder Chloroform noch Aether gegeben wurde, weil in No. 1 der Verf. noch nicht die wohlthätige Wirkung der Mittel in der Eklampsie kannte, in No. 2, weil auf dem Lande dieselben nicht zu haben waren, starben die Pat. trotz aller anderen angewandten Mittel. **P. F. Mundé** (New-York).

36. **Clement Godson.** Bemerkungen zu 2 Fällen von Blasenmole. (The obstetr. Journ. 1879. No. LXXI. p. 701. Februar.)

Bei 2 Fällen von Molenschwangerschaft vermisst G. das von Leishman als pathognomonisch aufgeführte teigige Gefühl, welches der Uterus zeigen solle. Er warnt daher davor, bei Abwesenheit dieses Zeichens Molenschwangerschaft auszuschliessen, welche er aus dem Ausbleiben der Menses unter Eintritt morgendlicher Uebelkeit, bei rapidem Wachsthum des Uterus und Ausbleiben von Schwangerschaftszeichen an der Brust diagnosticirt. Ergotin führt, wie gewöhnlich, so auch in diesen 2 Fällen, Ausstossung der Blasenmole herbei.

Lühe (Stralsund).

37. **G. Buchanan.** Fall von menstruirendem Geschwür. (The obstetr. Journ. 1879. No. LXXVII. p. 780. März.)

Eine 41jährige Frau ist nach 3 Jahre langen Beschwerden seit dem 18. Lebensjahre regelmässig bis vor 6 Jahren menstruirt gewesen. Zu dieser Zeit aber hat sie ein grosses rechtsseitiges Unterschenkelgeschwür ohne Varicositäten durch ein Trauma acquirirt, und dieses blutet nun seitdem alle Monat 2 Tage lang, während aus den Genitalien keine Blutung stattfindet — also eine vicariirende Menstruation par excellence. **Lühe** (Stralsund).

38. **Netzel.** Fall von Graviditas extrauterina.

(Gynäkol. Meddel. Bd. I. Hft. 3.)

37 jährige 2 mal Schwangere. Krankheitsverlauf und Untersuchung machte die Diagnose sicher. Am Beginn der Wehen war das Kind lebend; Pat. wurde vom Lande nach Stockholm geführt der Gastrotomie wegen. Bei der Ankunft wurde die Diagnose bestätigt, das Kind war aber todt. Bald trat eine stark icterische Hautfarbe hervor. Bei der Operation fanden sich Peritonäum und Eisack innig vereinigt in der ganzen Länge des Schnittes, so dass keine Gefahr in Bezug auf das Oeffnen des Peritonäum entstand. Nach der Operation wurde der Eisack ausgespült, und erst jetzt entstand eine starke venöse Blutung von einer Berstung der Wand, die sich erst nach mehreren Suturen stillen liess. An der unteren vorderen und der hinteren Wand des Eisackes waren zwei grosse Abtheilungen des Mutterkuchens, die Nabelschnur inserirte aber in keinem von diesen, ging aber von einer Stelle zwischen beiden aus. 2 Drainrohre wurden eingelegt, die Nabelschnur wurde kurz abgeschnitten, und ihr unterbundenes Ende in der Bauchwunde fixirt. — Tod 50 Stunden nach der Operation. Bei der Section fand sich das Ei von einem besonderen Sacke vollständig umgeben, zwischen parietales und viscevales Blatt des Peritonäums fest gelöthet. Die linke Tuba und das entsprechende Ovarium konnte nirgendwo gefunden werden. Von der linken Seite der Gebärmutter ging eine breite membranförmige Bildung aus, mit dem Ei innig zusammenhängend, und das linke Lig. latum repräsentirend. Eine Sonde, durch die uterine Tubaöffnung eingeführt, kam nur einige Centimeter ein, die Richtung aber zeigte, dass die Tuba im oberen Theile der membranösen Bildung verlief.

Ingerslev (Copenhagen).

39. **Tschudowsky.** Zur Lehre von den Cysten der Scheide. (Aus der Klinik von Prof. Horwitz.) — (Medecinsky Westnik 1879. No. 1. 2.)

Verf. giebt zunächst eine Literaturübersicht, auf Grundlage welcher er 3 Kategorien von Vaginalcysten unterscheidet: Dieselben können entstehen 1) aus den drüsigen Gebilden der Vaginalschleimhaut, 2) aus den Residuen des Wolff'schen Ganges, 3) aus Blutergiessungen nach allen möglichen Traumen.

T. selbst beobachtete folgenden Fall.

Ein jetzt 39 Jahre altes Mädchen, das vor 13 Jahren einmal geboren hat und immer gesund gewesen ist, leidet seit einem Falle vor 5 Jahren an Schmerzen im Leibe, Verstopfung und Unregelmässigkeiten der Menstruation, die sich zu häufigen Blutungen gesteigert haben. Hinter dem an die Symphyse gepressten, nicht vergrösserten Uterus, mehr links, aber auch nach rechts hinüberreichend, liegt ein elastischer Tumor, oben breiter, nach unten keilförmig zugespitzt, bis 3 cm vom Scheideneingang herabreichend. Tiefe Fluctuation ist in ihm bemerkbar, die Scheidenschleimhaut über ihm beweglich. — Eine Probepunction entleert gelb-grünliche, leicht schäumende Flüssigkeit von alkalischer Reaction, mehr als $2^1/_2$ % Albumingehalt, ohne Par- und Metalbumin, und von üblem »knoblauchähnlichem« Geruch. Durch den Dieulafoy werden darnach 2 Unzen ebensolcher, aber leicht getrübter Flüssigkeit entleert. Daran schliesst sich eine lange dauernde Parametritis, in deren Verlaufe beängstigende Erscheinungen von Strictur des Mastdarms mit Coprostasis eintreten. Pat. genas und nach $1^1/_2$ Jahren liess sich nichts als eine Verdickung des oberen Drittels der hinteren Vaginalwand nachweisen.

Die punctirte Geschwulst sieht T. als extraperitoneale apoplektische Cyste an.

E. Bidder (St. Petersburg).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S. (Margarethenstrasse 5), an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart (Alleenplatz 3), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Dritter Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 15 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

N⁰. 17. Sonnabend, den 16. August. 1879.

I. Operative Casuistik.

1. Eine Freund'sche Operation.

Von

Heinrich Fritsch.

N. N., 62 Jahr, Nullipara, ist seit 2 Jahren leidend, früher stets gesund. Cessatio mensium im 41. Jahr. Gerade vor einem Jahre consultirte mich Pat. zum ersten Male wegen blutigen Fluors. Aus dem Muttermunde hervor quoll eine hochrothe, leicht blutende, erbsengrosse, weich-zerdrückbare Masse. Ich spaltete den Muttermund beiderseitig. Die Excrescenz sass an der vorderen Lippe. Es wurde wegen der Verdächtigkeit der Neubildung die vordere Lippe abgetragen. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein Carcinom. Seitlich und nach der Tiefe zu war im Gesunden operirt, während an der oberen Spitze des excidirten Dreiecks der Schnitt durch die carcinomatös degenerirte Schleimhaut ging. Pat. reiste ab, und sie sowohl

als der Hausarzt hielten die Heilung für vollständig. Ich konnte die abwesende Dame nicht wieder zu Gesicht bekommen. Erst nach $^3/_4$ Jahr begann wieder blutiger Schleim abzugehen. Pat. stellte sich wieder vor. Der Befund war jetzt folgender: Höckerige, leicht zerdrückbare, aus dem Muttermund hervorragende, die ganze Peripherie desselben einnehmende Carcinommasse. Aeussere Seite der Portio vollkommen frei, ebenso die Peripherie der unteren Fläche der Portio. Uterus pendelnd, Ovarien wegen der dicken, fetten, straffen Bauchdecken nicht zu fühlen. Links am Beckenrand eine Resistenz, die nichts Prägnantes zeigt und mit dem leicht beweglichen Uterus nicht zusammenhängt. Beim Eingehen mit 2 Fingern in den Anus fühlt man beide untere Uterusränder resp. Parametrien vollkommen frei.

Pat. war à tout prix zur Operation entschlossen.

Die prophylaktische Antisepsis bestand in einer Art Vorbereitungscur. Ich lasse bei allen Patientinnen, bei denen an der Portio eine Operation irgend welcher Art vorgenommen wird, 3—5 Tage lang 3 Mal täglich desinficirende Einspritzungen machen. Auf diese Weise ist es sicher möglich, jeden Keim aus der Scheide zu entfernen oder unschädlich zu machen. Gerade diese fortgesetzte Desinfection bietet die besten Garantien. Denn bei einmaliger Ausspülung oder Abwischen mit nasser Carbolsäurewatte können in Buchten und Falten, z. B. der Cervix oder eines Carcinoms indesinficirte Reste bleiben. Wird aber tagelang im Liegen die Scheide ausgespült, so ist das nicht gut möglich.

Ausserdem nahm Pat. 4 Bäder vor der Operation. Dann liess ich in dieser ganzen Zeit eine Solutio Kali chlorici gebrauchen und zwar von folgenden Gedanken ausgehend: Ich hatte Fälle von Sepsis bei Laparotomien gesehen, bei denen die Antisepsis in ausgezeichneter Weise gehandhabt war, bei denen es wirklich unmöglich war, irgend einen Fehler aufzufinden. In diesen Fällen ist — bei Ausschluss eines Fehlers in der Antisepsis — der Uebertritt von Darminhalt durch den intactenDarm nicht von der Hand zu weisen. Lässt auch der gesunde Darm Nichts durch, so doch sicher der kranke, entzündete, infiltrirte, paralytische. Partielle Peritonitiden kommen aber sicher vor, schon da, wo Verklebungen entstehen. Die Peritonitis greift auf die unter dem Peritoneum gelegenen Partien über und lähmt eine — vielleicht geringe — Partie der Muscularis. Wie sollte sonst in Abscessen, welche am Darm liegen, z. B. bei abgekapselter puerperaler Peritonitis oder bei coxalgischen Abcessen, Fäulniss im Abscess zu Stande kommen, sich Luft bilden? Rein mechanisch können Darmgase durchgepresst werden oder Bacterien ebenso durchtreten, wie weisse Blutkörperchen bei der Exsudatbildung. Fälle, wo eine Verjauchung einer »Abdominalcaverne« ohne Darmperforation eingetreten ist, sind in der Literatur bekannt. Auch ich habe es einige Male gesehen. Hat man nun prophylaktisch einige Tage ein Desinficiens innerlich gegeben, so wird diese Gefahr jedenfalls umgangen. Natürlich muss man ein Desinficiens wählen, welches sich wenigstens qualitativ in

den Fäces nachweisen lässt. Und wenn auch diese Massregel für überflüssig gehalten wird, schaden kann sie jedenfalls nichts. —

Operation am 25. Juli früh 7 Uhr. Zugegen die Herren Dr. Schwarz, Weidling, Strube, Graefe. Chloroformnarkose. Vorher wird die ganze Hautpartie, welche unter den Lister-schen Verband kommen soll, mit Carbollösung abgeseift, der Bauch speciell bis an die Vulva rasirt und die ganze Haut vom Nabel abwärts rasirend abgeschabt. Beim Schnitt durch die Bauchdecken vom Nabel bis zur Symphyse fast keine Blutung. Nach Eröffnung der Abdominalhöhle zieht die Hand kräftig dicht an der Symphyse die Muskeln nach aussen, die widerstrebenden Fascien werden rechts wie links eingeschnitten, so dass die Wunde weit klaffend gemacht werden kann [1]. Hierauf Annähen des Peritoneums im unteren Winkel, rechts und links. Die Gedärme müssen nach aussen gelegt werden, wie ich das bei der Nullipara nicht anders erwartete. Zum Einhüllen der Gedärme benutzte ich ein mehrere Meter grosses in 2 % ige warme Carbollösung getauchtes Stück Carbolgaze. Dann machte ich nach Hervorziehung des Corpus uteri die Unterbindung des rechten Lig. lat. Die oberste Ligatur ging möglichst tief nach unten. Es wurde eine Lig. nach aussen und eine nach innen vom Ovarium gelegt mit gleicher unterer Durchstichsöffnung. Das Ovarium sollte entfernt werden. Links war das S. Romanum an das Peritoneum parietale fixirt. Alte, feste, fascienartige Pseudoligamente betteten das Ovarium in die Concavität einer Darmschlinge ein. Ohne zu viel zu reissen wäre der Eierstock nicht herauszubekommen gewesen, deshalb hielt sich die Ligatur median vom Ovarium. Die Ligatur des Parametrium wurde in combinirter Weise ausgeführt. Ich brachte von innen und aussen die Fingerspitzen zusammen, so dass nur die dünne Scheidenwand dazwischen lag und der Punkt, wo der Faden hindurchgehen sollte, genau fixirt war. Nun liess ich eine krumme, in einen Nadelhalter gefasste Nadel an die Spitze des im Abdomen hinter dem Lig. lat. liegenden Fingers bringen, übernahm dann selbst die Führung der Nadel und drückte vorsichtig gegen sie die Scheide durch. Als die Spitze an der gewünschten Stelle durchgedrungen war, ergriff ich den Handgriff des Nadelhalters, schob die Nadel weiter hindurch und ergriff sie in der Scheide. Der Faden wurde in eine andere, gerade Nadel gefädelt, diese mit dem Nadelhalter gedeckt in die Scheide geführt. Als sie in die Nähe des Loches in der Scheide gekommen war, wurde sie in dieses eingeschoben und vor dem Ligamentum latum hinausgestossen. Dieselbe

[1]) Zu der von Credé vorgeschlagenen partiellen Resection der vorderen Beckenwand erlaube ich mir nur folgende Bemerkung: dass ein Chirurg das Bestreben hat, die Wunde sich zugänglich zu machen, ist natürlich. Wir Gynäkologen aber, gewöhnt an das schwierige und unbequeme Operiren in der Tiefe, werden dieses Bedürfniss nicht so lebhaft fühlen, und gewiss mit dem Freund'schen Verfahren auskommen. Wenigstens kann ich mir nicht denken, dass man den immerhin nicht geringen Eingriff gern vorausschicken wird.

Nadel wurde durch das Loch der oberen Ligatur hinter das Lig. lat. gebracht und dann geknotet. Als Material zu dieser Ligatur gebrauchte ich Catgut No. 5, einfach. In derselben Weise ging ich links vor. Eine Blutung erfolgte dabei nicht, da ich dünne Nadeln gebrauchte. Nunmehr begann ich das Ausschneiden des Uterus in folgender Weise: Ich incidirte in der Fossa vesico-uterina das Peritoneum; in das Loch schob ich meinen Finger, durchtrennte das sehr lose Zellgewebe bis auf die Scheide und schob nun ein Messer vorsichtig drückend gegen den in der Scheide liegenden Finger. Durch dieses Loch zog ich einen starken Catgutfaden, der die Blase gegen die Symphyse presste und über dem Mons ven. zusammengeknüpft wurde. Auf diese Weise wollte ich das weitere Ablösen der Blase von der Symphyse verhindern, die Blase vor Verletzungen schützen und das Loch in der Scheide markiren. Es schien mir jetzt bequem, mit der Auslösung des Uterus hinten zu beginnen. Auch hier lagen 2 Finger in der Vagina, gegen sie schnitt ich mit dem Messer langsam präparatorisch: sicher, keine Partie zu durchschneiden, die nicht sofort zwischen den Fingern beider Hände hätte comprimirt werden können. Die Blutung war höchst unbedeutend, erst links hinten spritzte ein grosses Gefäss, wohl die Uterina, die links weiter nach hinten zu liegen scheint, als rechts. Sofort drückte ich, das Messer zurückgezogen mit dem Daumen haltend, die blutende Stelle gegen die Finger, welche in der Scheide lagen. Dr. Schwarz fasste das Gefäss und unterband; eine nennenswerthe Blutung wurde durch diese sofortige Unterbindung vermieden. Nun ging ich ohne Blutung vor, bis der Schnitt mit dem vorher gemachten zusammentraf. Bei der Auslösung des Uterus rechts, blutete es zunächst gar nicht. Als ich aber den Uterus entfernt hatte, war die Scheidenwand rechts zackig. Da ich beschlossen hatte, durch eine Art quere Obliteration die Scheide zum Verschluss zu bringen, glättete ich mit der Scheere die Wunde. Dabei musste eine Schlängelung der Art. uterina getroffen sein. Es blutete. Aber auch hier konnte die blutende Stelle, von den in der Scheide liegenden Fingern nach oben gedrückt, nicht einen Augenblick entschlüpfen. Wie in der oberflächlichsten Wunde wurde jedes blutende Gefäss gesehen, gefasst, ligirt. Jetzt spülte ich die Beckenhöhle aus, beobachtete eine Zeit lang — die Blutung stand. Die Eingeweide wurden zurückgebracht, die Bauchwunde durch Knopfnähte geschlossen. Ich liess den Operationstisch herumdrehen, so dass die Füsse der Pat. nach dem Fenster hin sahen. Nach Einbringung des Sims'schen Speculums nähte ich die Scheide von links nach rechts zusammen. Auch B. Credé schlägt dies Verfahren vor, und obwohl ich, bestärkt durch seine Publication, seinem Rathschlage Folge leistete, halte ich das Verfahren jetzt nicht mehr für richtig. Eine Inversion namentlich gelang mir keineswegs, dazu muss man sicher viel Gewalt brauchen. Freilich handelte es sich bei mir um eine Nullipara. Will man die Scheide zunähen, so muss man gleich von oben, nach der Ausschneidung des Uterus die

Fäden durch die Scheidewand führen, so dass man sie später in der Scheide knüpfen kann. Oder man kann auch, wo es am bequemsten ist, die Catgutfäden knüpfen und liegen lassen. Dies wäre sehr leicht gewesen, so dass ich es bedauerte, nicht so verfahren zu sein. Als ich von unten nähte, entstand durch die Auseinanderzerrung mit den Simon'schen Speculis eine, wenn auch geringe, aber doch aufhaltende Blutung. Unter Umständen könnte diese Zerrung gefährlich sein. Es wäre aber auch möglich, dass ein Darm, in die Scheide prolabirend, hinderte, vor allem bei häufigem Brechen der Operirten. Freilich wurde weder bei Credé noch bei mir ein Darm sichtbar. Bei sehr hochlagerndem Steisse sinken die Därme nach dem Zwerchfell zu. Zum Schluss spülte ich die Scheide aus, überzeugte mich, dass der Abschluss oben vollkommen war, dass kein Blut mehr abging und legte einen Salicyltampon ein. Lister'scher Verband der Abdominalwunde.

Der weitere Verlauf war folgender: Nach der Operation völliges Bewusstsein, Puls schwach. Mittags Temp. 36,2, Puls 140, Abends Temp. 38,2, Puls 140. Viel Carbolurin mit dem Katheter entleert, 0,015 Morph. subcutan. Schlaf gut.

26. Juli. Temp. früh 38,2, Puls 120. Entfernung des Tampons, von jetzt an 3 Mal täglich Ausspülung mit Salicyllösung. Mittags Temp. 37,9, Abends Temp. 38,4, Puls 104. Pat. nimmt etwas flüssige Nahrung zu sich, viel Urin entleert.

27. Juli. Früh. Temp. 37,9, Puls 120. Mittags Temp. 37,6. Abends. Temp. 37,9, Puls 102.

28. Juli. Früh. Temp. 38,2, Puls 100. Mittags. Temp. 37,9, Puls 96. Abends. Temp. 38,1, Puls 120.

Abends tritt Erbrechen ein, das von der Pat. auf, ihr widerlichen, Rothwein geschoben wird. Nach einer Morphiuminjection zunächst Ruhe. Gegen Mitternacht beginnt wieder Erbrechen und dauert fort.

Am 29. Früh ist der Puls sehr klein, Hände kühl, Temp. 37,6. Sensorium gestört. Geruchlose, grünliche Massen werden erbrochen. Ich öffne den Verband, chloroformire, dränge nach Durchschneidung einiger Fäden die Wunde auseinander. Die obersten Darmschlingen sind in der Gegend der Wunde ganz lose angeklebt, sehen dunkelroth aus, enthalten viel Luft. Mit 2 Fingern gehe ich in die Beckenhöhle ein. Nirgends ist eine Adhärenz zu entdecken. Wegen des hochgradigen Schwächezustandes wurde von der Bildung eines künstlichen Afters abgesehen. Pat. erwacht zwar wieder aus der Chloroformnarkose, stirbt aber nach 5 Stunden. Temp. unmittelbar ante mortem 39,6.

Bei der Section der Bauchhöhle war die Abdominalwunde reactionslos verklebt. Nicht ein Tropfen Eiter sickerte aus den Stichcanälen. Unter der Wunde waren die Därme ganz lose angeheftet. Der Darm hatte eine bräunlich-rothe Farbe, wie stets bei Ileus. Im Leibe keine Spur von Blut und Exsudat. Die oberste Ligatur am Lig. lat. hatte

sich beiderseits an die Beckenwand zurückgezogen. Sowohl um die oberen, als die unteren Ligaturen lag etwas gelbe, feste Exsudatmasse, an jeder Ligatur kaum 20pfennigstückgross. Das Loch in der Scheide war ebenfalls von einer dünnen Exsudatschicht überdeckt. Die Wunde konnte nach Durchschneidung der Naht leicht getrennt werden. Das linke Ovarium war in eine Falte des fest an die Bauchwand angehefteten S. romanum eingelöthet. In situ konnte am Darm bei vorsichtigem Auseinanderlegen keine stricturirte Stelle entdeckt werden. Nach der Herausnahme und systematischen Untersuchung fand sich auch rechts alte peritonitische Pseudoligamente, so dass z. B. der Processus vermiformis fest an den Darm angeheftet war. 15 cm über der Valvula Bauhini war die Stelle, welche den Ileus verursacht hatte. Hier fand sich eine spitzwinkelige Zusammenknickung, so dass zu- und abführendes Stück parallel verliefen. Obwohl der Darm hier durchaus nicht zusammengeklebt war, so konnte man doch aus der Blutvertheilung sehen, wie der Darm zusammengelegen hatte. Vielleicht hatte gerade diese Stelle in der Tiefe des Beckentrichters gelegen. Vielleicht auch war der Darm etwas unvorsichtig in die Bauchhöhle zurückgebracht, oder die alten Ligamente hatten irgendwie mit Veranlassung gegeben.

Der später untersuchte Uterus zeigte, dass in diesem Falle gewiss kein Recidiv zu fürchten gewesen wäre. Bis über den inneren Muttermund hinein in den Körper ging das weiche, bröckelige Schleimhautcarcinom, das auch unten am Muttermund noch ca. 5 mm gesunden Gewebes über sich hatte. (Solche langsam wachsende Carcinome kommen gar nicht selten vor. Ich habe ein Carcinom behandelt, das von der ersten Blutung an bis zum Tode 3 Jahr und 1 Monat dauerte).

Zu diesem Falle erlaube ich mir folgende epikritische Bemerkungen.

Die Art der Schliessung der Scheidenwunde ist, wie schon bemerkt, gewiss nicht richtig. Mag auch die Freund'sche Peritonealnaht zeitraubend sein, so würde ich sie doch in jedem späteren Falle ausführen. Denn sie ist die einzige Methode, um einen Abschluss der Abdominalhöhle oberhalb der Wunden zu erzielen. Ist auch zunächst ein absoluter Abschluss nicht vorhanden, so werden doch die Därme oben gehalten. Möglich, dass bei mir der Trichter zu tief war, und dass sich in ihm die Darmschlinge abgeknickt hatte. Freund hat in Cassel gebeten, man solle doch nicht modificiren und sich genau an seine Vorschriften halten. Ich bereue es schwer, dieser Mahnung nicht gefolgt zu sein. Allerdings kann ja bei einer so selten ausgeführten Operation die Methode noch nicht ganz typisch sein, aber doch wird man Freund Recht geben, wenn er verlangt, man soll sich möglichst streng an seine lange überlegten, wohldurchdachten und oft geprüften Vorschriften halten. Macht man die Peritonealnaht, so liegen die meisten und Hauptligaturen unterhalb der Peritonealhöhle. Allein die oberste Ligatur des Lig. lat. bleibt innerhalb. Sie würde sicher nur durch starke Zerrung

und Ablösung des Peritoneum von seiner Unterlage nach unten zu bringen sein. Eine quere Obliteration der Scheide halte ich principiell nicht für richtig, sie verhindert den Abfluss der Secrete, die von den vielfachen Verletzungen abfliessen müssen. Gerade das Offenbleiben der Scheidenwunde giebt für Desinfection der Wunden die besten Chancen, und ein Nähen mit Drainage oberhalb der Naht wäre wohl zu complicirt.

Es kann ferner gar kein Zweifel existiren, dass ein Lister'scher Verband auf die Abdominalwunde und ein Laisser-aller der Scheidenwunde eine unmethodische Behandlung ist. Will man die Methode der Antisepsis durchführen, so muss man die einzige Möglichkeit der Antisepsis für Körperhöhlen, die permanente Irrigation (nach Schücking) instituiren. Sicher werde ich im nächsten Falle ein dickes Gummirohr mit oberen Querbalken bis an die Scheidenwunde legen und 3—4 Tage permanent irrigiren. Dann ist eine secundäre Sepsis unmöglich.

Was aber den Werth der Freund'schen Operation anbetrifft, so liegt die Angelegenheit jetzt so: Eine neue schwere Operation wird angerathen und ausgeführt. Jeder Gynäkologe steht dem Problem als Anfänger gegenüber. Die Erfahrung fehlt noch oder ist individuell. Die vielen kleinen Technicismen müssen sich erst ausbilden. Absprechende Kritik, Misserfolge, scheinbar rationelles Raisonnement der Gegner, Vorurtheil, Messerscheu und Furcht vor den Gefahren schrecken ab. Da ist es wohl an der Zeit zu fragen, was sind die Gefahren?

Es ist zu fürchten 1) Blutung, 2) Verletzung der Ureteren, 3) Sepsis, 4) Shock.

1) Blutung lässt sich, wenn man combinirt operirt und nie einen Schnitt macht, ohne die betreffende Stelle in der Gewalt zu haben, sicher vermeiden. Kann man zwischen 2 Fingern comprimiren, so kann man auch unterbinden. Ja, es ist mir sehr fraglich, ob die prophylaktische Ligatur am Ende ein Theil der Operation bleibt. Ob man nicht nur am Uterus ligirt, um das, die Uebersicht störende, Ausbluten des Uterus zu verhindern, und das Scheidengewölbe langsam durchschneidet; dabei, wie sonst in der Chirurgie, das Blutende unterbindend. Es ist vielleicht nicht zu gewagt, so vorzugehen. Keinem Chirurgen werden die in der Gynäkologie leider so vielfach gebrauchten Massenligaturen richtig erscheinen. In diesem Punkte ist Credé sicher Recht zu geben.

2) Die Verletzung der Ureteren ist dann zu vermeiden, wenn man die Ligatur des Parametrium nicht zu gross macht. Ganz sicher aber dann, wenn die En-masse-Ligatur ganz wegfällt, oder wenn man nach Massari's Vorgang die Ureteren katheterisirt. Letzteres Verfahren bedingt nicht unerhebliche, auch von Simon erlebte Gefahren, wäre aber doch da vorauszuschicken, wo man wegen alter Narben im Parametrium ein Heranziehen der Ureteren fürchten müsste. Ich glaube nicht, dass die Gefahr im Allgemeinen gross ist. Früher

habe ich mehrfach den Uterus von der Scheide aus (an der Leiche) exstirpirt. Es war diese Operation nicht schwierig. Ein Ovalärschnitt um die Portio herum trennte die Scheide von dieser. Dann ging ich vorn zwischen Blase und Uterus, hinten in den Douglas ein. Der Uterus wurde herabgezerrt und um beide seitlichen Adhärenzen eine grosse Ligatur gelegt. Allerdings sassen diese Ligaturen selbst an der Leiche nicht fest. Niemals aber selbst bei diesem rohen Verfahren wurden die Ureteren mitgefasst.

3) Die Sepsis muss vermieden werden. Vielleicht am besten durch meine antiseptische Vorbereitungscur. Ferner durch permanente Irrigation. (Diese darf nicht mit Carbolsäurelösung gemacht werden.) Auf die hohe Bedeutung dieses für die Gynäkologie höchst wichtigen Schücking'schen Verfahrens komme ich im nächsten Artikel zurück.

4) Was den Shock anbetrifft, so ist er hier sicher auf mehrere Gründe zurückzuführen. Die lange Chloroformnarkose, die Insulte und die Abkühlung des Peritoneums, der Blutverlust, die massenhafte Carbolaufnahme durch den Spray, Alles wird zusammenkommen, um eventuell den Shock zu bewirken. Alles aber wird vermieden, wenn wir erst besser d. i. schneller operiren. Ueberlegt man nicht mehr bei jedem Schnitt und jeder Ligatur, sondern geht möglichst schnell vorwärts, dauert die Operation $^1/_2$ Stunde, statt jetzt 2, so wird die Gefahr des Shocks in den Hintergrund treten. Dann bleiben keine anderen Gefahren übrig, als bei jeder Operation. Denkt man an die Anfänge der Ovariotomie zurück, so war eigentlich das Urtheil damals fast noch absprechender, als über die Freund'sche Operation heute. Möge auch hier so kurze Zeit vergehen, bis die Operation sich eingebürgert hat!

Ueber die Frage der Berechtigung der Operation will ich nicht philosophiren. Wir Aerzte wollen zwar nicht zu einem unqualificirbaren Selbstmord verhelfen, aber eine Beruhigung gewährt es doch, dass die Leiden, welche den Carcinomatösen bevorstehen, grösser sind, als die, welche wir, auch erfolglos, bereiten. Kein Carcinom quält Leib und Seele mehr, als das Uteruscarcinom. An der Ausbildung eines Verfahrens, das hier radical heilen will und kann, haben alle Gynäkologen die Pflicht mitzuarbeiten. Steht die Diagnose fest, und ist die Operation noch möglich, so ist nur die Radicalcur rationell!

Halle, 3. August 1879.

---

1. **Veit** (Bonn). Ueber Retroflexion der Gebärmutter in den späteren Schwangerschaftsmonaten.

(Sammlung klin. Vorträge No. 170.)

Seit Tyler Smith wissen wir, dass die Retroflexio uteri gravidi nicht eine plötzlich in der Gravidität entstandene Dislocation darstellt, sondern dass die Retroflexion bei der Conception bereits bestanden hat. Unter solchen Verhältnissen besteht bei der Schwanger-

schaft zunächst die Lageveränderung fort, um sich entweder Ende des 3. Monats spontan auszugleichen oder um den Abort anzubahnen. Dieser erfolgt manchmal auch noch nach der Reposition. Die typischen Beschwerden — Harnverhaltung, Stuhlverstopfung — beginnen etwa im 4. Monat; in seltenen Fällen trotzte denselben die Indolenz der Kranken, wie einige hochgradig verwahrloste Fälle aus der Literatur zeigen. Wernher's Kranke meldete sich erst in der 21. Graviditätswoche, starb am 3. Tage nach der Reduction, Osiander's Kranke trug, nachdem in der 17. Woche reponirt war, aus. In einem von V. beobachteten Falle erlag die Kranke etwa in der 17. Woche nach der Reposition an Urämie. In diesen, wie in den Fällen von Viricel, Crannink, Vermandois, Martin, Delaharpe, Eichhorn war der Uterus noch nicht so ausgedehnt, dass er nicht noch nahezu im kleinen Becken hätte Platz finden können. Auch diese Fälle endeten meist mit dem Tode an Urämie, Peritonitis. Schreitet aber die Schwangerschaft bis zur Mitte oder darüber fort, so hat der Uterus im Becken keinen Platz mehr und muss sich zum Theil (vordere Wand) ausserhalb desselben entwickeln. Dieses Verhalten des Uterus ist an der Leiche bereits von Born und Baynham beobachtet worden; an der Lebenden zu diagnosticiren war es erst möglich seit Einführung der combinirten Untersuchung. In 7 aus der Literatur zusammengestellten Fällen dieser Art trat 5 Mal Genesung ein; die Incarcerationserscheinungen treten erst spät auf wegen der partiellen Erhebung des Uterus über das kleine Becken, die Gravidität hatte meist etwa ihren 5.—6. Monat erreicht.

Nun giebt es noch Fälle, in denen es überhaupt nicht oder nur ganz vorübergehend zur Harnretention kommt, obwohl ein Theil des Uterus im kleinen Becken liegt; dies sind die sogenannten partiellen Retroflexionen (Greaves, Hecker, Ramsbotham, Michaeli, Franke, Jackson, Merriman, Oldham, Weyse, Veit, Barlett).

Auch diese entstehen nicht durch Gestaltveränderungen des sonst normalen Uterus in späteren Schwangerschaftsmonaten, sondern sind ursprünglich total retrovertirte Uteri, welche geschwängert werden. Es liegt eine Beobachtung von Oldham vor, welche vollständig genügt, diesen Vorgang zu bestätigen. Es wächst in solchem Falle entweder ehe es zu Incarcerationserscheinungen kommt, oder nach ganz vorübergehenden Harnbeschwerden der obere (vordere — normal untere) Theil des Uterus aus dem Becken heraus, während ein hinteres Segment darin bleibt. — Von 11 einschlägigen Fällen (darunter ein von Veit beobachteter) erreichte die Schwangerschaft nur in 5 ihr normales Ende; in einem gelang es, sie diesem durch künstliche Reposition zuzuführen, in 2 erfolgte eine Früh-, in 3 eine unreife Geburt. Incarcerationserscheinungen stellten sich in dreien ein, und zwar am Ende des 4., im 6. und 8. Monate. Die Gefahr eines verfrühten Eintritts der Geburt ist durchaus nicht an den Eintritt noch an die längere Dauer von Incarcerationserscheinungen ge-

bunden. Von 7 Frauen, von denen bezügliche Notizen existiren, waren 3 Multiparae, 4 Primiparae, ein ganz auffallendes Verhältniss, das nur durch die Besonderheiten der ersten Schwangerschaft: stärkere Unnachgiebigkeit der Gebärmutterligamente und grösserer intraabdominaler Druck zu erklären ist.

An diese casuistische Zusammenstellung knüpft Verf. Bemerkungen über Diagnose und Therapie. Die Diagnose könne Schwierigkeiten erleiden: Bericht über einen Fall von Gravidität bei im Becken liegenden Ovarialtumor; auch konnte in einem von Spiegelberg beobachteten Falle: Gravidität eines rudimentären Hornes — Kindskopf ins Becken herabreichend, eine partielle Retroflexion vorgetäuscht werden. Was die Behandlung betrifft, so drängt sich als erste Frage stets auf, ob Reposition möglich sei. In den gewöhnlichen Fällen mit Incarcerationserscheinungen (4. Graviditätsmonat) empfiehlt V. nach Entleerung der Blase, dieselbe stets vorzunehmen — Seitenlage, eventuell vom Mastdarme aus — gegenüber dem in neuerer Zeit wieder mehr beachteten exspectativen Verfahren. In späteren Monaten könnte die Unmöglichkeit des Catheterismus die Paracentese der Harnblase oder die Einleitung des Abortus nothwendig erscheinen lassen. Die erste Operation hat, richtig ausgeführt, bisher nie geschadet, ist trotzdem nicht als ungefährlich zu erachten, wegen der Gefahr der Urininfiltration, noch dazu mit meist sehr zersetztem Urin; Einstichstelle etwa 8 cm über der Schamfuge. Die Einleitung des Abortes ist einige Male durch Einführung eines Instrumentes (Sonde, Katheter) vom Cervix aus gelungen, in anderen durch Punction des Uterus; auch letztere Operation ist bei genügender Beobachtung von aseptischen Cautelen als relativ ungefährlich anzusehen. Auch da, wo es sich nur um Erleichterung der in Folge von partieller Retroflexion erschwerten Geburt handelt, empfiehlt V. stets durch combinirte Handgriffe — Lagerung — Knieellbogenlage — manuelle Erweiterung des Muttermundes — dem sonst sicher sehr schweren weiteren Geburtsverlaufe vorzubeugen. **Küstner** (Jena).

---

2. **Löbker** (Greifswald). Bericht über die in der gynäkologischen Klinik zu Greifswald ausgeführten Laparotomien.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 3.)

Es sind bisher in der Greifswalder gynäkologischen Klinik 22 Laparotomien von Prof. Pernice ausgeführt worden und zwar 18 Ovariotomien, 2 Castrationen, 1 Exstirpation einer Hydronephrose, 1 Totalexstirpation des Uterus nach Freund.

Von den 18 Ovariotomien wurden 5 ohne, die übrigen unter strengster Antisepsis gemacht; von den ersteren starben 3 an Sepsis, von den letzteren nur 1 (unvollendete Operation); in zwei Fällen konnte die Operation nicht vollendet werden, beide endeten letal. In einem dieser Fälle war die Blase, in einem anderen der Dickdarm bei Lösung

von Adhäsionen erheblich verletzt worden, beide endeten mit dem Tode.

14 Mal wurde der Stiel in die Klammer gelegt, 3 Mal mit Seide unterbunden und versenkt, in einem Falle fand sich gar kein eigentlicher Stiel, sondern nur zahlreiche Adhäsionen, namentlich mit dem Netz.

Die Bauchhöhle wurde stets durch tiefe, das Peritoneum mitfassende Knopfnähte geschlossen.

Die Castration wurde zwei Mal ausgeführt; das 1. Mal bei einer 27jährigen ledigen Nullipara wegen unstillbaren hysterischen Erbrechens und heftiger Abdominalschmerzen; es wurde nur das erkrankte Ovarium entfernt, das andere war zu fest in strangartige Adhäsionen eingebettet. Pat. ist genesen.

Die 2. wegen profuser Blutungen und starker Hysterie in Folge von Fibroma uteri; auch hier musste das eine Ovarium zurückgelassen werden; trotzdem war die Operation erfolgreich.

Der Fall von Hydronephrose betraf eine 23jährige Nullipara; die Diagnose war mit Wahrscheinlichkeit auf Ovarientumor gestellt, der Irrthum aber bald erkannt. Es wurde nur ein 2 handtellergrosses Stück der Cystenwand ausgeschnitten und der Rand der dadurch gemachten Oeffnung durch etwa 50 Suturen mit der Bauchwunde vereinigt. Es trat Genesung ein bis auf eine zurückbleibende Nierenfistel.

Die Totalexstirpation des Uterus wurde 1 Mal vorgenommen wegen Carcinoma cervicis; die Operirte starb am 7. Tage an Sepsis.

Schwarz (Halle a/S.).

---

3. **Herdegen** (Stuttgart). Jahresbericht über die Ereignisse in der K. Landeshebammenschule und Entbindungsanstalt zu Stuttgart im Jahre 1878.

(Württemberger med. Correspondenzbl. No. 17 ff.)

Zahl der Geburten 386. Primiparae 186, Multiparae 200 (93 : 100). Es wurden 385 Früchte geboren (3 Mal Gemini, 4 unbestimmbare Eier), 217 Knaben, 168 Mädchen (129 : 100). Von den Kindern waren 366 lebend-, 19 todtgeboren (incl. faultodt u. s. w.). Schädellagen 363; Gesichtslagen 6; Beckenendlagen 9; Querlagen 6; unbestimmt 5. Nabelschnurumschlingungen 99; Vorfall und Vorliegen derselben 6. Grössere Operationen: Zange 15 (1 : 25,6); Wendung 8 (1 : 48,2); Perforation 2; Kaiserschnitt 1 (nach Porro). Von den Becken wurden 374 gemessen, davon enge (diag. unter $11^{1}/_{2}$—12) 25, Blutungen 21 (5,4 %), Dammrisse 15.

Einige erwähnenswerthe Fälle mögen hier kurz mitgetheilt sein:

1) IV para, beweglicher Kopf, zahlreiche Nabelschnurschlingen neben demselben; manuelle Repositionsversuche erfolglos, Wendung und Extraction. Kind tief asphyktisch, nicht mehr belebt. Section zeigte eine Ruptur der Leber an der Hinterfläche des rechten Lappens,

welche wohl auf die zur Wiederbelebung angewandte Schwingungsmethode zurückzuführen ist.

2) IIpara, Becken platt 27; 29,5; 29; 17; 11,5—12 nicht rachitisch; nach 12stündiger Austreibungsperiode wegen Fieber der Kreissenden bei querstehendem Kopf ziemlich schwere Zange; diphtheritische Entzündung der Scheide und des Uterus, vom 15. Tage unwillkürlicher Urinabgang, Blasenscheidenfistel Operation nach 4 Monaten mit Erfolg.

3) IIIpara, Becken 25; 30,5; 31; 17,5; 10,75. Vorderscheitelbeinlage, Tetanus uteri. Perforation des lebenden Kindes wegen befürchteter Uterusruptur. Da das Gehirn nicht vollständig zerstört worden, machte das Kind noch lebhafte Athem- und Schreiversuche.

Unter den engen Becken befand sich ein Fall von beginnender Osteomalakie, die Geburt eines reifen Kindes erfolgte spontan.

Eingehend sind die Gesundheitsverhältnisse der Wöchnerinnen und die Behandlung puerperaler Erkrankungen behandelt, wobei besonders auf den schon oft gerügten Uebelstand aufmerksam gemacht wird, dass die Morbiditätsstatistik so lange ganz werthlos ist als keine allgemein gültige Interpretation des in den Erhebungsformularen der Reichsmedicinalstatistik vorkommenden Ausdrucks »erkrankt am Kindbettfieber« existirt. Es starben 2 (0,5 %), davon kam eine im Abort begriffen, schon septisch inficirt (Temperatur 38,5, Puls 120), in die Anstalt. Der 2. Fall ist der Kaiserschnitt.

273 machten ein absolut fieberfreies Wochenbett durch. 113 hatten kürzere oder längere Zeit Fieber (29,2 %), von diesen wieder 62 nur ein oder zweimalige Temperatursteigerungen, 51 längere Zeit hindurch, von diesen letzteren sind wieder 19 als schwere Erkrankungen anzusehen und für die Reichsstatistik als »am Kindbettfieber erkrankt« gemeldet. Davon waren 9 Parametritiden, 2 allgemeine Peritonitiden, 4 circumscripte Peritonitiden, 3 Endometritiden, 1 puerperale Pericarditis.

In Bezug auf die Therapie will H. die Anwendung intrauteriner Ausspülungen mit Rücksicht auf die von verschiedenen Seiten veröffentlichten ungünstigen Zufälle nur auf stricteste Indication zulassen.

Wunde Warzen etc. 159. Verf. empfiehlt dringend Acid. tannic. 1,0, Glycerin pur 5,0. Mastitiden 15.

Von den Entlassungsbefunden ist hervorzuheben: 350 (91,4 %) Vorwärtslagerungen, 16 (4,1 %) Rückwärtslagerungen des Uterus.

Von den Kindern starben 17 darunter 2 an puerperaler Infection. Ophthalmia neonatorum 51 Mal (1 Cornealaffection).

In der unentgeltlichen Sprechstunde für unterleibskranke Frauen kamen 71 Frauen und 6 Kinder zur Behandlung und wurden eine Reihe gynäkologischer Operationen ausgeführt. **Schellenberg** (Leipzig).

---

4. H. Fehling (Stuttgart). Zwei geburtshilfliche Abhandlungen.

(Im Anschluss an vorstehend referirten Jahresbericht der Stuttgarter Entbindungsanstalt.)

(Württemberger med. Correspondenzbl. No. 17 ff.)

1) Ein Kaiserschnitt mit Exstirpation des Uterus und der Ovarien (Porro) bei einem pseudo-osteomalakischen Becken, nebst anatomischer Würdigung desselben.

Der klinische Verlauf des Falles ist von F. schon in diesem Bl. 1878 p. 574 beschrieben. Aus der Beschreibung des Beckens (Abbildung und Details im Original) ist hervorzuheben: Der untere Theil der Lendenwirbelsäule und der obere Theil des Kreuzbeines sind so in das Becken hereingesunken und der vorderen Beckenwand so genähert, dass die geburtshülfliche Conjugata zwischen Symphyse und 4. Lendenwirbel zu liegen kommt. Die ganze rechte Beckenseite ist in der Entwicklung zurückgeblieben. Die Verbindungsstelle zwischen dem rechten aufsteigenden Sitzbeinast und dem absteigenden Schambeinast zeigt eine Infraction. Maasse: Sp. 23,3; Cr. 26,1; Troch. 27; cong. ext. 14,3; Sp. sup. ant. sin. — post. dext. 20,0; Sp. sup. ant. dext. — post. sin. 19,1. Distan. sp. post. 7,0. Geburtshülfliche Conjugata 5,4. Von überstandener Rachitis zeigten sich keine Spuren.

Die Frage nach der Entstehung dieser Beckenform beantwortet F. in einer längeren Auseinandersetzung, in Uebereinstimmung mit seinen in der Arbeit über die Entstehung der rachitischen Beckenform (Archiv. für Gynäkologie Bd. XI. Hft. 2) ausgesprochenen Ansichten dahin, dass sowohl bei dem echt- als bei dem pseudoosteomalakischen Becken derselbe chemische Process spielt, dass nur die Form entsprechend dem Alter des Beckens verschieden ausfällt, dass also wenn der Erweichungsprocess die fötale Beckenform, oder wenigstens eine Zwischenform zwischen dieser und der der Erwachsenen zu einer Zeit trifft, in der das Kind sitzt und seine Beine etwas gebraucht, das sogenannte pseudoosteomalakische Becken entsteht.

Zum Schluss unterzieht F. die Methode der Operation einer eingehenden Würdigung und hebt besonders hervor, dass sie die beiden Hauptgefahren der früheren Kaiserschnittsoperationen, die Blutung und die Infection auf das geringste Maass zurückzudrängen im Stande sei. Ferner hält er sie, oder vielmehr die Freund'sche Methode bei Complication der Geburt mit Cervixcarcinom und bei narbiger Stenose der Cervix und der Vagina für indicirt.

2) Begünstigt die Zangenoperation den Eintritt atonischer Blutungen oder nicht?

Osterloh hatte (Deutsche Zeitschrift für praktische Med. 1876. No. 11) die Ansicht ausgesprochen, »dass die Zangenoperation zweifelsohne ein den Eintritt von Blutungen wegen mangelhafter Uteruscontractionen begünstigendes Moment sei«, indem er zu den präcipitirten Geburten, welchen erfahrungsgemäss leicht atonische Blutungen

folgen, auch die durch ärztlichen Eingriff rasch zu Ende geführten, rechnet. Dies ist entschieden nicht richtig, denn es handelte sich in den Fällen (aus der Winckel'schen Anstalt), auf die Osterloh seine Ansicht stützt, meist um solche, wo der Kopf oft schon Stunden lang von der Scheide umgeben im Becken stand, also von einer präcipitirten Entleerung des Uterus gar keine Rede ist. Der Grund, weshalb nach Entwicklung des Kindes mit der Zange häufig atonische Blutungen folgen können ist der, dass dieselbe mangelhafte Contractionskraft, welche uns nöthigt zur Zange zu greifen, auch nach der Geburt des Kindes bestehen bleibt und so die Ursache für die Blutung wird. Vergleiche mit dem Verlauf der Fälle bei den andern geburtshülflichen Operationen bestätigen die Ansicht, dass nicht eine rasche Entleerung des Uterus die atonische Blutung hervorruft. Statistische Belege werden hierfür beigebracht. Für die Praxis ergiebt sich daraus, die Zange nicht zu spät anzulegen, namentlich in den Fällen, wo eine längere Beobachtung gezeigt hat, dass mangelhafte Contractionskraft die Geburt verzögert. **Schellenberg** (Leipzig).

---

5. **B. Credé** (Dresden). Eine neue Methode der Exstirpation des Uterus.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 3. p. 430.)

Als Schattenseiten der Freund'schen Operation bezeichnet C. die Massenligaturen und die Unmöglichkeit unter Controle der Augen zu operiren. Er war daher darauf bedacht eine Operationsmethode zu ermitteln, welche erlaubte, »erstens die Tiefen des kleinen Beckens frei zu Gesicht zu bekommen, zweitens in Folge davon, vom Uterus ausgehende, aber von den Nachbarorganen noch trennbare Wucherungen der Neubildung von diesen abzupräpariren und drittens, die Blutgefässe isolirt zu unterbinden, namentlich also die das Scheidengewölbe mitfassende Massenligatur zu vermeiden«.

Zur Erreichung dieses Zwecks empfiehlt er die partielle Resection der vorderen Beckenwand, die am besten 8—14 Tage vor der Exstirpation des Uterus ausgeführt werde.

Die Operation wird in der Weise vorgenommen, dass durch einen etwa 8 cm langen Längsschnitt durch den Mons Veneris der Knochen zugänglich gemacht, die Weichtheile sammt dem Periost von der vorderen und hinteren Fläche der Symphyse mit dem Raspatorium abgetrennt und dann die inneren Partien der horizontalen Schambeinäste nebst dem grössten Theile der Symphyse — es bleibt nur der untere Theil in einer Breite von etwa 1 cm stehen — mit der Kettensäge herausgesägt werden.

Nachdem die Nachwehen dieses präparatorischen Eingriffs überstanden sind, also nach etwa 8—14 Tagen, wird die eigentliche Operation ausgeführt.

Die theilweise Resection soll in doppelter Weise Raum und Licht schaffen, erstens durch Wegfall des grössten Theils der Schambeine

in der Längsrichtung, zweitens in querer Richtung, da sich etwa 5 cm über der Symphyse die Wundränder nach der Credé'schen Methode gerade noch einmal so weit auseinander ziehen lassen sollen, als nach der Freund'schen — die Tenotomie der Musculi recti nütze nur wenig —. Die Peritonealnaht im kleinen Becken verwirft Verf. als zu zeitraubend, er schlägt vor die Scheide im oberen Theile zu invaginiren und durch 3—5 von der Scheide aus angelegte Knopfnähte zu vereinigen.

Verf. hat ein Mal nach dieser Methode operirt, die Operirte starb nach 6 Stunden an Erschöpfung. Schliesslich macht Verf. noch auf die eventuelle geburtshülfliche Bedeutung dieser Operation aufmerksam.

Schwarz (Halle a/S.).

---

6. **Küster** (Berlin). Zur operativen Behandlung der Stenosen des äusseren und inneren Muttermundes (mit 1 lithographirten Tafel).

(Zeitschrift für Geburtsh. u. Gynäkologie Bd. IV. Hft. 2.)

Bei Stenosenoperationen am Uterus erklärt Verf. die plastische Deckung der Operationswunde für die Hauptsache. Eine zeitgemässe Operation muss gegen Blutungen und Nachkrankheiten schützen und darf nicht Gefahren, die im nachherigen Heilungsvorgang liegen, mit sich bringen, endlich soll die Nachbehandlung möglichst einfach sein.

Die Operation der Stenose am äusseren Muttermund nennt Verf. Stomatoplastice uterina externa, die am innern interna. Die bilaterale Discission Simpson's will er nur noch als Vorbereitungsoperation für Entfernung von Myomen gelten lassen, ebenso wenig erblickt er in Kehrer's radiärer Discission eine ideale Operation. Auch die circuläre Amputation der Portio mit Umsäumung nach Schröder und Kehrer ist ungenügend wegen Möglichkeit der Blutung in den Lappen.

Dagegen empfiehlt er unter dem oben angegebenen Ausdruck Simon's kegelmantelförmige Excision (von Marckwald beschrieben), die er mehr als 30 Mal ohne Misserfolg gemacht hat. Zuerst wird der Cervix bilateral mit Scheere und Messer bis zum Os internum gespalten, dann jede Lippe für sich keilförmig excidirt, in der Art, dass rings um das Os externum noch ein Stückchen Vaginalschleimhaut stehen bleibt, durch welches die innern Nähte durchgezogen werden. Zuerst wird die hintere, dann die vordere Lippe excidirt. Die Nähte werden am 5.—7. Tage entfernt. Bei sehr langer, dünner Portio muss allerdings der Keil innen im Bereich der Cervicalschleimhaut enden.

Schwierig ist die Operation nur, wenn der Uterus sich nicht herabziehen lässt. Zur Anlegung der Nähte in solchen Fällen benutzt er einen, in der Abbildung gegebenen, schwanenhalsförmig gebogenen Nadelhalter, nach Art des Roser'schen, mit langer, flachgekrümmter Nadel. Ebenso wendet er zum Herausnehmen der Nähte eine knieförmige Pincette und eine doppelt bogenförmig gebogene Scheere an.

Die Operation der Stenose des Os internum, Stomatoplastice uterina interna genannt, wendet er an bei Flexionsstenosen. Die Discission der hinteren Lippe nach Sims ist wegen der leichten Wiedervereinigung ungenügend. Nach medianer Durchschneidung der hinteren Lippe entfernt er aus derselben jederseits einen Keil, so dass nach der Vereinigung der Muttermund Herzform hat. Um hierbei die Vereinigung des oberen Wundwinkels zu verhüten, legt er einen Schleimhautlappen aus der Vaginalschleimhaut hinein, der mit der Cervicalschleimhaut vereint wird.

Bei narbiger Stenose des inneren Muttermundes, entstanden nach trichterförmiger Excision der Vaginalportion, wandte er in einem Fall ein complicirtes Verfahren mit Lappenverschiebung an, wegen dessen auf das Original verwiesen werden muss.

Die Indication zu diesen Operationen lieferte fast ausschliesslich die Dysmenorrhoe, die auch in den meisten Fällen beseitigt wurde. Tabellarisch werden die 30 Fälle von Stenosenoperation des äusseren und die 7 von der gleichen Operation am innern Muttermund aufgeführt. Auffallend erscheint die grosse Zahl von Dysmenorrhoeen, durch Stenosen am Os externum bedingt.

Die Stomatoplastice externa wurde 18 Mal bei Nulliparen ausgeführt, davon 9 Fälle geheilt, bei 9 Misserfolg oder zweifelhafter Erfolg. Auch bei den Frauen, welche schon geboren hatten, ist meist nur Besserung notirt.

Fehling (Stuttgart).

---

7. **Hofmeier** (Berlin). Folgezustände des chronischen Cervicalkatarrhs und ihre Behandlung.

(Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäkologie Bd. IV. Hft. 2.)

Eine nicht genügend gewürdigte Affection ist Cervicalkatarrh bei Stenose des äusseren Muttermunds, mit Erweiterung der Cervicalhöhle, wofür Verf. eine Anzahl Krankengeschichten aus Schröder's Praxis citirt. Fast immer ist Sterilität, selten Dysmenorrhoe dabei vorhanden, Portio meist lang, conisch, mit sehr kleinem äusseren Muttermund.

Die Erweiterung der Cervicalhöhle wird besonders gut zur Anschauung gebracht, wenn man, wie dies Schröder häufig übt, diagnostisch die Discission der Portio bis zum Vaginalansatz macht, so dass man den Cervicalcanal überschauen kann. Die Schleimhaut ist in diesen Fällen theils glatt, mit Mangel des Epithels und der Drüsen, theils gewulstet. Die Enge des Muttermundes ist stets das primäre, die Ausdehnung des Cervix das secundäre. Diese Verhältnisse erklären die damit meist verknüpfte Dysmenorrhoe und Sterilität. Spaltung, des Cervix, event. Abtragung der Schleimhaut ist hier am Platz.

Ferner erinnert Verf. an eine partielle Hypertrophie der Cervicalschleimhaut im obern Theil bei weiterem unteren Theil, die leicht für Polypenbildung gehalten werden kann. Heilung durch Excision der kranken Schleimhaut und des Parenchyms.

Die Schleimhautveränderung bei Cervixrissen ist nicht die Folge der Risse, nach Emmet ist es auch zweckmässig, eine 4—12 wöchentliche vorbereitende Behandlung einzuleiten, dazu kommt noch nach der Operation die nöthige Nachbehandlung von 2—3 Wochen. Einfach ist es daher, wenn man nach Schröder hierbei zugleich die Schleimhaut abträgt.

Die Risse werden bis an den Scheidenansatz verlängert, die Schleimhaut excidirt und dann die Lippen vereint.

Endlich hatte Verf. Gelegenheit, die günstige Wirkung des auch von anderer Seite empfohlenen Acetum pyrolignosum crudum bei sogenannten Erosionen eingehend zu studiren, und fand, dass sein Nutzen hierbei in der Einwirkung auf das neugebildete Cylinderepithel und der Erregung der Entstehung von Plattenepithel besteht.

Fehling (Stuttgart).

---

8. **J. Veit** (Berlin). Die Hinterscheitelbeinstellung.

(Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäkologie Bd. IV. Hft. 2.)

Litzmann hat diese abnorme Schädelhaltung in 1,2 % der Fälle bei normalem, 10 % der Fälle bei engem Becken beobachtet. Er hat die Prognose nicht ungünstig hingestellt, und sich neben Abwarten wesentlich für die Wendung ausgesprochen.

Verf. sah diese Abnormität unter dem Material der Berliner Poliklinik ungefähr ebenso häufig. Die höheren Grade jedoch nur $^1/_5$ so oft als die niedern. Verf. will fehlerhafte Verschiebung der Scheitelbeine (vorderes unter dem hinteren) stets auf hintere Scheitelbeinstellung zurückführen. Die 3 Grade von Litzmann anzunehmen ist Verf. nicht geneigt. Auch den Mechanismus hat er anders gesehen, als ihn Litzmann beschreibt. Nach L. soll bei der Geburt aus der Hinterscheitelbeinstellung stets eine vordere werden, indem das hintere Scheitelbein am Promontorium in die Höhe weiche. Dies sei jedoch nicht der Fall, allerdings komme das vordere Scheitelbein nachher tiefer, allein erst wenn der Kopf im Becken fest stehe und es seien beide dann gleich tief. Als Hauptsache konnte Verf. stets eine abnorme Dehnung des unteren Uterinsegmentes in diesen Fällen nachweisen, wie er sich in allen Fällen durch sofortige Untersuchung nach der Geburt überzeugte, mit einer einzigen Ausnahme.

Die Erschwerung des Eintritts des Kopfes liegt in der Abweichung seiner Höhenaxe von der Fruchtaxe.

Die Prognose ist nicht so günstig, besonders nicht für die Kinder. Manuelle Rectification hat niemals Erfolg aufzuweisen.

Die Zange ist bei Hinterscheitelbeinstellung zu vermeiden, da ja überhaupt der Kopf, so lange die fehlerhafte Stellung vorhanden, noch nicht im Becken ist. Die Wendung ist wegen der meist vorhandenen Dehnung des unteren Uterinsegments und der dadurch naheliegenden Gefahr der Ruptur selten zu empfehlen, prophylaktisch nur bei engem Muttermund.

Abwarten und bei höheren Graden Perforation ist das beste Verfahren. Eine Uebersicht von 14 Fällen dient Verf. als Grundlage.

Fehling (Stuttgart).

---

9. **Alessandrini** (Brescia). Porro's Kaiserschnitt wegen Ruptura uteri.

(Annali Univ. di med. e chir. 1879. Juni.)

Nach Mittheilung eines Falles von spontaner Gebärmutterruptur bei Beckenverengerung macht Verf. den Vorschlag in ähnlichen Fällen den Porro'schen Kaiserschnitt zu machen: wenn der Riss nicht den Cervix betrifft, das Kind noch lebend ist und voraussichtlich nur mit einiger Schwierigkeit und mit Lebensgefahr extrahirt werden kann.

Liebman (Triest).

---

10. Erfahrungen über Pilocarpin.

Cuzzi (Mailand). (Annali di ostetricia etc. 1879. Januar.)

Verf. berücksichtigt nur die wehenerregende Wirkung des Pilocarpins. Ausser einem negativen Fall von Parisi, citirt Verf. noch 2 Fälle von Bergesio mit unvollständigem Erfolge, da man in beiden zur Einleitung von regelmässigen Wehen noch einen elastischen Katheter in die Gebärmutter einführen musste.

In 4 Fällen des Verf. blieb das Pilocarpin vollständig erfolglos, obwohl man in einem derselben den Pilocarpininjectionen die mehrmalige Anwendung der Uterusdouche vorausgeschickt hatte.

Nicolini (Pavia). (Ebendaselbst. Februar.)

Erfolglose Anwendung zur Erregung der Frühgeburt wegen Nephritis, bei einer Erstgeschwängerten in der 37. Woche.

Bergesio (Turin). (Ebendaselbst.)

Rachitisches Becken. Erstgeschwängerte in der 35. Woche. 3 Injectionen. Kein Erfolg.

Als wehenverstärkendes Mittel schien Pilocarpin zu wirken bei einer Mehrgebärenden (spontane Frühgeburt aus unbekannter Ursache) bei fast verstrichenem Muttermunde; dagegen blieb es erfolglos bei einer anderen Mehrgebärenden (leichte Beckenenge — Wehenschwäche — ziemlich erweiterter Muttermund). Nach Verf. ist wohl das Pilocarpin im Stande Wehen zu erregen, sie sind aber in der Regel schwach und halten nicht an.

Pasquali (Rom). (Monographie. Rom 1879.)

Verf. wendete Pilocarpin öfters an:

1. Zur Einleitung des Abortus (Eklampsie — Albuminurie) bei einer Erstgeschwängerten im 5. Monate. Nach einer Injection trat kein neuer Anfall ein. Die Salivation war so reichlich, dass die ko-

matöse Kranke dem Ersticken nahe war. — Zwei Tage darauf (spontaner ?) Abortus. Heilung.

2. Bei einer Erstgeschwängerten im 7. Monate, zur Einleitung der Frühgeburt wegen Beckenenge. Positiver Erfolg nach 3 Injectionen.

3. Zur Einleitung der Frühgeburt in der 35. Woche wegen Anämia perniciosa (Malaria ?)bei einer Zweitgeschwängerten. — 4 Injectionen. Kein Erfolg. Frühgeburt nach der Krause'schen Methode.

4. Zur Einleitung der Geburt (in der 34. Woche ?) wegen Beckenenge bei einer Zweitgeschwängerten. — 4 Injectionen. Kein Erfolg. Ausserordentliche Depression. Absterben des Fötus. Spontane Ausstossung 10 Tage später.

5. Zur Einleitung der Frühgeburt in der 35. Woche bei einer Erstgeschwängerten. Eine Injection. Einige Wehen. Die Schwangere fühlte sich so elend, dass sie andere Injectionen nicht zuliess.

6. Zur Erregung der Geburt bei einer Mehrgebärenden wegen Hydramnios. Kein Erfolg.

7. Verf. versuchte ein einziges Mal das Pilocarpin als wehenverstärkendes Mittel bei einer Zwillingsgeburt (37. Woche — ziemlich erweiterter Muttermund). Kein Erfolg.

Verf. glaubt, dass das Pilocarpin wohl Wehen zu erregen im Stande sei, dass aber diese Wirkung in den einzelnen Fällen verschieden stark sei und namentlich aber verschieden lange anhalte. Die Ursachen dieser individuellen Verschiedenheit sind unbekannt.

Liebman (Triest).

Casuistik.

11. Aus der geburtshülflichen Gesellschaft zu Leipzig. Sitzung vom 20. Januar 1879.

(Deutsche med. Wochenschrift 1879. No. 29.)

1) Hinze. Ein Fall von Tuboabdominalschwangerschaft. 29jähr. Mädchen, einmal normal geboren; letzte Menses September 1878; Ende November heftige Leib- und Kreuzschmerzen, hartnäckige Stuhlverstopfung, blutiger Ausfluss aus den Genitalien. Portio vorn oben an die Symphyse angedrückt, im hinteren Scheidengewölbe ein faustgrosser, glatter, sehr schmerzhafter Tumor. Diagnose: Retroflexio uteri gravidi. Vergebliche Repositionsversuche; Abgang eines mikroskopisch als Schleimhaut erkannten Ausgusses der Uterinhöhle. Jetzt fand man den Uterus beim Sondiren leer und wurde die Diagnose auf Extrauterinschwangerschaft mit Hämatocele gestellt. Punction; Tod. Section ergab eine rechtsseitige Tubarschwangerschaft, der Eisack geplatzt und der Fötus mit den Blutmassen in den Douglas geschwemmt.

2) Sänger. Ueber concentrische Eihautduplicaturen auf der Placenta. Ein Fall eigener Beobachtung, zwei aus der Praxis Ahlfeld's. In zwei Fällen fand sich ringsum parallel mit dem Rande der Placenta eine vom Amnion überzogene Duplicatur des Chorions, indem dasselbe zu einer in scharfem Endsaum auslaufenden Falte erhaben schien. Zwischen den Platten der Falte fand sich entweder eine dünne Lage Placentargewebe oder Fibrinmassen. In einem Falle waren sogar 3 concentrische Faltenringe vorhanden. Was die Entstehungsweise anbelangt, so waren in zwei Fällen vorübergehende Uteruscontractionen während der Schwan-

gerschaft constatirt worden und man könnte sich denken, dass unter dem Einflusse dieser Contractionen, bei fest anhaftender Placenta auf der Fötalseite eine Verschiebung der Eihäute mit Erhebung zu einer Falte, verbunden mit subchorialen und decidualen Extravasaten stattgefunden habe. In der Discussion neigten sich die meisten Stimmen der Ansicht zu, dass concentrische Fibrinablagerungen das primäre sein möchten, welche dann die Chorionzotten mit in die Höhe gezogen hatten.

3) Sänger. Ueber Nebennierenblutungen. S. demonstrirt 2 Fälle von hämorrhagischem Infarct der Nebennieren bei Neugeborenen, welche unter den Erscheinungem der Asphyxie geboren, mechanisch behandelt und bald zu Grunde gegangen waren, und weist auf die Möglichkeit des Zusammenhangs dieser Blutungen mit falsch ausgeführter oder forcirter Anwendung der Asphyxiebehandlung (Schultze'sche Schwingungen) hin. **Schellenberg** (Leipzig).

12. Aus der geburtshülflichen Gesellschaft zu London.

(Sitzungen vom 4. Juni (Ende) und 2. Juli c. a. Med. tim. and gaz. vol. I. No. 1512, Juni 21, p. 687; vol. II. No. 1515, Juli 15, p. 51 und No. 1516, Juli 19, p. 81.)

Fortsetzung der Debatte über Anwendung der Zange bei Geburtsverzögerung (Centralblatt 1879. No. 15, p. 376).

M. Clintock (Dublin) erklärt, dass die Lehre von der Ungefährlichkeit der ersten Periode nur so lange gelte, als die Eihäute erhalten seien, so lange dies der Fall sei, dürfe man nicht operiren, wie Johnston in 20 Fällen gethan habe, sondern müsse erst versuchen, das Os zu dilatiren und die Eihäute zu sprengen. Nur sehr selten sei es wirklich nöthig, vor völliger Dilatation zu operiren, und Johnston selbst habe unter seinen 169 Fällen dieser Art 15 Fälle von Hämorrhagie oder anderen Accidentien. Bei Tiefstand des Kopfes ist Ergotin ein sehr guter Ersatz, Gefahr für das Kind entsteht nur durch zu starke Wirkung desselben und man kann ihr durch rechtzeitige Zangenanwendung gut vorbeugen. Im Ganzen hat er in seinem früheren Leben nur bei gefahrdrohenden Symptomen die Zange angewendet, später weit öfter, c. in 1:30 (in Privat-Praxis) und ist der Ansicht, dass die Neigung der Neuzeit zu zu häufigen Zangengebrauch zwar eben so fehlerhaft sei, als der frühere zu seltene, allein jedenfalls vortheilhafter. — Henry Bennet erklärt es als Gynäkologe für wünschenswerth, jeden Fall von instrumenteller Hülfeleistung bei der Geburt ca. 2 Monate später zu untersuchen, um die gewöhnlich dann vorhandenen kleinen Abnormitäten zu beseitigen.

Cranny (Assistent Johnston's) betont die Gefahren, welche aus zu frühem Platzen der Eihäute für das Kind erwachsen, während die Zangenanlegung bei noch nicht völlig erweitertem Muttermund dann das Leben des Kindes rettet. Die Anzahl der Craniotomien nimmt bei Befolgung Johnston'scher Principien ab, und die mütterlichen Weichtheile werden vor Läsionen bewahrt, wie die höchst seltene Nothwendigkeit des Katheters auch beweist. Solche Gefahren, wie z. B. die in Atthill's Beispielen, erwachsen nur dann, wenn die Fälle ungeeignet sind, d. h. das Os rigid und nicht dilatirbar ist. Nie wurde Neigung zu Hämorrhagie oder Retentio Placentae beobachtet, nie der Uterus bis zur Vulva herabgezerrt, Eventualitäten, welche Barnes als Folgen der frühen Operation angeführt hatte. — Roper will bei atonischem Uterus namentlich von Frauen, die schon mehrmals geboren haben, das Ergotin nicht eigentlich als Ersatz, sondern als Unterstützungsmittel für die Zange benutzen, oft macht es letztere auch entbehrlich, nie darf aber mit ihrer Anwendung zu lange gezögert werden. Bei Iparis dagegen ist die Rigidität der Weichtheile das Haupthinderniss, aber so lange der Uterus kräftig und rhythmisch sich contrahirt, ist die Zange contraindicirt, wogegen sie nothwendig ist, wenn seine Kraft an dem Widerstand erlahmt und zwar ehe gänzlicher Wehenmangel eintritt bei tonischer Contraction des Uterus, welche den Kindskopf tödlich zusammenpresst.

In beiden Fällen also ist frühzeitig zu operiren, um Gefahren für Mutter und Kind abzuwenden. Dass aber solche Gefahren in der 1. Geburtsperiode durch zu frühen Abgang des Fruchtwassers, während das rigide Os sich zu erweitern zögert,

eintreten und schon hier zur Operation zwingen, hat R. nie gesehen und will es nicht zugeben; wenn auch langsam, wird doch das Os durch den wenigstens zeitweilig andrängenden Kopf allmälig ausgedehnt werden. Handelt es sich um nervöse Frauen, welche wenig geeignet zum Aushalten solcher verlängerten 1. Periode sind, so chloroformire man oder gebe Opium oder Chloral. Nur um die Leiden der Gebärenden abzukürzen, sollte man nicht zur Zange greifen, welche doch immerhin Gefahren bringt und gewiss ist ihre häufige Anwendung Ursache so mancher Frauenkrankheit. Auch die Statistik Johnston's spricht nicht für ihn und er kann seine Methode nur als ein grosses, aber misslungenes Experiment betrachten. — Braxton Hicks will zwar nicht leugnen, dass in seltenen Fällen vor Dilatation des Os zu operiren nöthig sei, allein erst seien doch die übrigen Mittel zu erschöpfen. Sind diese nicht dazu im Stande, so vermögen langsame und vorsichtige Tractionen der angelegten Zange doch noch, das Os zu erweitern und den Kopf hindurch zu leiten. — Daly hat selbst unter 1700 Fällen in 10 % mit 2 Todesfällen, welche ganz unabhängig von der Zange waren, die Zange angelegt, kennt aber einen Herrn mit noch höherer Verhältnisszahl, nämlich 1 : 6½. (Solche Zahlen beweisen gar Nichts; bei uns, wo die regelmässigen Geburten meist von Hebammen allein besorgt werden, hat der Praktiker, zumal auf dem Lande, so überwiegend regelwidrige Geburten vor sich, dass er fast stets Kunsthülfe, sehr oft also auch die Zange anzuwenden hat. Auch in England mit seinen »midwifes« liegen die Verhältnisse ganz ähnlich. Ref.). — Auch Graily Hewitt giebt wie Hicks zu, dass zuweilen für Mutter und Kind auch schon in der 1. Periode Gefahren erwachsen können, und, wenn auch selten, die Zange nöthig wird. Er will übrigens die erste Periode unabhängig von dem Zustand des Os zuweilen mit dem Abfluss des Fruchtwassers als beendet ansehen, wenn der Kopf z. B. nicht durch die Enge des Os, sondern durch ein knöchernes Impediment am Herabsteigen gehindert werde, der Muttermund an sich aber ganz dilatirbar sei. —

Playfair (Präsident) hat schon seit Langem für die häufigere Anwendung der Zange plaidirt und betont besonders deren Superiorität über das Ergotin; vor Erweiterung des Os aber ist sie seiner Erfahrung nach nur höchst selten nöthig. Die von Roper verworfene Expression des Fötus hält er für eine der wichtigsten Neuerungen in der Geburtshülfe, und will namentlich den hochstehenden Kopf weiter ins Becken herunter drücken, um so eine schwere hohe Zange in eine tiefe zu verwandeln. **Lühe** (Stralsund).

13. **Benicke** (Berlin). Casuistische Mittheilungen.

(Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkologie Bd. IV. Hft. 2.)

1) Ovarialschwangerschaft, Peritonitis, Laparotomie, Heilung.

Eine IIpara hatte vor 4 Jahren einen Abort mit darauffolgender Unterleibsentzündung durchgemacht. Schwanger geworden, fühlt sie die Kindsbewegungen zur richtigen Zeit; nach 8½monatlicher Dauer der Gravidität treten wehenartige Schmerzen auf, dann hören die Kindsbewegungen auf und Peritonitis beginnt. Nach längerer Dauer zugezogen, fand Verf. links Fluctuation, rechts feste Massen, aber nicht deutlich Kindstheile. Der Uterus erwies sich als vergrössert, nach vorn gedrängt, dahinter der Tumor, das Scheidengewölbe mässig nach abwärts drängend. Der Tumor setzt sich rechts dicht an den Uterus an. Vor der Operation konnte eine feste Diagnose zwischen Extrauterinschwangerschaft und Ovarientumor nicht gestellt werden. Die Operation selbst war durch die Indicatio vitalis indicirt.

Bei der Operation fand sich der Sack mit dem Uterus im Becken adhärent. Bei der Punction fiel eine Nabelschnurschlinge vor, wodurch die Diagnose sicher gestellt wurde. Kind und Placenta liessen sich ohne Blutung entfernen. Vom Cystensack wurde so viel als möglich entfernt und der übrig bleibende Theil in die Bauchwunde eingenäht, wie dies Schröder für die subserös inserirten Ovarialkystome empfiehlt. Die Cyste wurde mit Salicylwatte ausgestopft. Heilung ging mit Eiterung vor sich.

Der Sitz des Fruchtsackes zwischen den Blättern des Ligamentum latum, der Verlauf der stark verlängerten Tube auf seiner Oberfläche sprechen für Ovarialschwangerschaft. In Betreff der Operation wurde ganz Schröder's Vorschrift befolgt, nur bedauert Verf. nicht auch den Drain nach der Vagina gelegt zu haben.

2) Interstitielles cervicales Myom. Enucleation. Heilung.

Ein 18jähriges Mädchen hatte seit $1^1/_2$ Jahren starke Menstrualblutungen, die einen hohen Grad von Anämie zu Wege gebracht hatten. Es fand sich von der Scheide umschlossen ein kindskopfgrosser weicher Tumor, das kleine Becken ganz ausfüllend, der Uterus war dadurch aus dem Becken in die Höhe gedrängt. Die Diagnose war nicht leicht. Die Enucleation wurde nach Spaltung der Geschwulstkapsel mit stückweiser Entfernung mittelst Fingern und Hakenzange vorgenommen. Zum Schluss vereinte Verf. den leergewordenen seitlich rechts dem Uterus anhängenden Schleimhautsack.

Die Seltenheit der cervicalen Myome überhaupt giebt Verf. Anlass zu dieser Publication. **Fehling** (Stuttgart).

14. **R. Kaltenbach** (Freiburg i/B.). Verletzungen der weiblichen Genitalien ausserhalb des Puerperiums.

(Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkologie Bd. IV. Hft. 2.)

Verf. berichtet über zwei von ihm beobachtete Fälle. Im ersten Falle war ein 19jähriges Mädchen von einem Heuwagen herab in eine Heugabel gesprungen, deren Stiel ihr von der Dammgegend aus in den Leib eindrang und eine complete Zerreissung des Septum rectovaginale herbeiführte, die von einem Arzte sofort blutig vereinigt wurde, aber nur theilweise verheilte, so dass vollkommene Incontinentia alvi zurückblieb.

Ein Jahr nach dem Unfalle sah K. die Pat., die nun eine eigenthümliche Complication zwischen tiefem Dammrisse und einer sehr hoch gelegenen ungewöhnlich grossen Mastdarmscheidenfistel bot. Eine Beschreibung der in 3 Sitzungen vorgenommenen plastischen Operationen ist nur mit den dem Originale beigegebenen Zeichnungen verständlich. Das Nähmaterial war Silberdraht, während der Operation Chlorwasserirrigationen.

Am fünften Tage erfolgte auf Calomel und Bitterwasser der erste Stuhl auf natürlichem Wege. Am siebenten Tage Temperatursteigerung in Folge einer auf catamenialer Congestion beruhenden Perimetritis. Am zehnten Tage Herausnahme der ersten, am 23. der letzten Nähte. Vollkommene prima intentio, der neue Damm 3 cm breit.

Der zweite Fall betrifft eine Durchtrennung des linken Corpus cavernosum Clitoridis, die sich ein 19jähriges Mädchen durch Auffallen auf eine Stuhllehne aus ganz geringer Höhe zugezogen hatte. Die sofortige sehr starke Blutung, die aus einer kleinen vorn an der linken kleinen Schamlippe sitzenden arteriellen Wunde herzurühren schien, wurde durch Umstechung gestillt, bald aber bildete sich auf der betreffenden Seite ein gänseeigrosses Hämatom. Nach Entfernung der Umstechungsnaht constatirte der hinzugerufene Verf. unter der Clitoris eine dem linken absteigenden Schambeinaste entsprechende schrägverlaufene Wunde von $1^1/_2$ cm Länge, welche nebst der kleinen und einem Theile der grossen Labie das linke Corpus cavernosum Clitoridis durchtrennt hatte. Auf nochmalige Umstechung mit zwei weiter nach aussen und tief greifenden Nähten, die gleichzeitig die Wundränder in genauen Contact brachten, stand die Blutung vollkommen. Nach einer Woche war die Wunde per primam verheilt.

Herdegen (Stuttgart).

15. **Anderson** (Dundee). Fall von angeborener multiloculärer Cyste der Bauchwand. — (Brit. med. Journ. 1879. Februar 15.)

Im Januar 1877 wurde ein Kind mit einem grossen Tumor auf der rechten Seite des Abdomen geboren. In den Tagesblättern wurde das Kind als Kind mit 2 Magen bezeichnet. October 1878 reichte die Geschwulst von den Rippen bis zum Becken

und von der Mittellinie vorn bis $1^1/_2$ cm von den Dornfortsätzen der Wirbelsäule, war fluctuirend weich, das unter localer Entzündung mit hohem Fieber Abmarung etc. bis zum Tod, 8 September, anhielt. Die Section wies eine grosse Cyste der Bauchwand nach, mit dicker fibröser Wandung, im untern Theil 4 mit Eiter gefüllte Räume. Ein 2. fest damit zusammenhängender Tumor war dünnwandiger.

Verf. betont, dass hier Punction, allenfalls breite Incision wirklich von Nutzen hätte sein können. **Fehling** (Stuttgart).

16. **D. N. Knox** (Glasgow). Fall von intrauteriner Finger- und Zehenamputation. — (Glasgow med. Journ. 1879. Februar.)

Das betreffende Kind war schon 3 Wochen alt, als Verf. es zuerst sah. Es fehlten der 2., 3. und 4. Finger der rechten Hand von der ersten Phalanx an. An der linken fehlten alle Finger ausser dem Daumen vom ersten Phalangealgelenk an. Der Rest war dicht zusammengewachsen. Aehnliche Veränderungen fanden sich an den Zehen. Dicht über dem linken Fussgelenk war ringsum eine tiefe Furche, auch fanden sich im Gesicht einige Bänder und Narben. An Placenta und Eihäuten hatte sich nichts besonderes vorgefunden. Pat. war in den ersten Monaten 2 Mal schwer gefallen. **Underhill** (Edinburg).

17. **G. Buchanan** (Glasgow). Eine Ovariotomie mit Genesung nach langdauernder Peritonitis. — (Glasgow med. Journ. 1879. Februar.)

Pat., 34 Jahre alt, Mutter von 4 Kindern, hat eine seit 4 Jahren wachsende Geschwulst. Bauchumfang am Nabel 44″. Der Stiel wurde mit Catgut unterbunden versenkt. Die ersten 24 Stunden befand sich Pat. wohl, dann stieg die Temperatur auf 39° und blieb einen Monat lang hoch mit subacuter Peritonitis und Meteorismus. Pat. magerte aufs äusserste ab, erholte sich aber Dank der emsigen, umsichtigen Pflege. **Underhill** (Edinburg).

18. **Lesi** (Imola). Drei Fälle von Hämatometra. (Il Raccoglitore med. 1879. No. 3.)

In allen drei Fällen war die Occlusion angeboren und betraf: das Hymen im ersteren Falle, das Orific. ut. ext. im zweiten (bei normaler Vagina). Im dritten Falle war der obere Theil der Vagina verschlossen. Die Tumoren wurden punctirt, und eine Canüle liegen gelassen. Keine weitere Behandlung. Heilung. **Liebman** (Triest).

19. **A. Puech** (Nimes). Notiz über die Wiederholung der Molenschwangerschaft. — (Gaz. obstetr. 1879. No. 12.)

Verf. berichtet über zwei von ihm beobachtete und die von ihm in der Literatur gesammelten Fälle von wiederholter Molenschwangerschaft bei derselben Frau. So selten diese Erscheinung im Ganzen ist, so ist doch eine Reihe von sicher beobachteten Fällen bekannt. Die Ursachen sind noch vollständig unbekannt, doch scheint es sich zu bewahrheiten, dass die Aufeinanderfolge von Schwangerschaften in kurzen Zwischenräumen die Entstehung begünstige; es ist dies wenigstens das einzige ätiologische Moment, welches sich mit einiger Sicherheit aus der vorliegenden Zusammenstellung ergiebt. **Schellenberg** (Leipzig).

20. **Carlyle Beatty** jun. (Seaham Harbour). Ektopie der Baucheingeweide. — (Brit. med. Journ. 1879. Mai 10.)

Das reife, sonst wohlgebildete, ohne Kunsthülfe geborene Mädchen einer Ipara zeigte 4 cm nach unten und aussen vom Nabel entfernt eine Oeffnung, durch die das Colon und fast sämmtliche Dünndärme frei aus der Bauchhöhle herausgetreten waren. Die Eingeweide waren durch die Pforte, die so eng war, dass der Verf. sie für Reposition mit dem Bistouri erweitern musste, ziemlich stark eingeschnürt. Nachdem der Vorfall nicht ohne Mühe zurückgebracht war, verschloss Verf. die Pforte mit Silberdrähten. Am ersten Tage befand sich das Kind wohl und nahm sogar die Brust, doch starb es 40 Stunden nach der Geburt, nachdem es unterdessen Ricinusöl, ob mit oder ohne Erfolg ist nicht gesagt, bekommen hatte.

Verf., dem weder aus eigener grosser Erfahrung, noch aus der Literatur ein

ähnlicher Fall bekannt ist, vermag denselben nicht zu deuten. (Im 5. Bande des Archivs für Gynäkologie, p. 230, bespricht Ahlfeld in einer Arbeit über Darmdefecte und Atresia ani die Aetiologie auch solcher Missbildungen des Darmcanales. Red.)

Herdegen (Stuttgart).

21. **Szalárdi** (Budapest). Die Behandlung des unstillbaren Erbrechens der Schwangeren. — (Pester med. chirurg. Presse 1879. No. 5.)

Verf. giebt den Bericht von der Einleitung eines künstlichen Aborts bei einer Ipara in der 13. Woche wegen unstillbaren Erbrechens als Indicatio vitalis. 9 Tage hernach starb Pat., wie die Section ergab, an Lungen- und Magenkatarrh und allgemeiner Anämie.

Anschliessend wird die Copeman'sche Methode der Dilatation des Os uteri und die von Sims des Touchirens mit Argentum nitricum besprochen.

Fehling (Stuttgart).

22. **E. Dobiowolsky** (St. Petersburg). Pilocarpin als Ecbolicum (aus der Klinik von Prof. Horwitz). (Medicinsky Westnik 1879. No. 10. 11. 13.)

D. hat bei einer 27jährigen zum ersten Mal schwangeren Frau, die seit dem 6. Graviditätsmonat an »acuter, parenchymatöser Nephritis« mit allgemeinem Anasarca und Ascites litt (viel Eiweiss und Cylinder im Harn), zum Zwecke der Einleitung einer Frühgeburt 10 Injectionen von Pilocarpin muriaticum gemacht, 3 Mal $^3/_4$ einer 1 g fassenden Pravaz'schen Spritze, 7 Mal eine ganze Spritze voll. Abgesehen von den bekannten Allgemeinerscheinungen, hat D. constant Verstärkung der Kindsbewegung gesehen, die 5—10 Minuten nach der Injection beginnt und 30—65 Minuten fast ununterbrochen fortdauerte. Wehen sind einige Male nach den Injectionen aufgetreten; sie waren aber so schwach und so wenig bemerkbar, dass Anfang und Ende nicht bestimmt werden konnten. Nur ein Mal traten ein Paar stärkere Wehen auf. Niemals ist irgend ein Einfluss auf den Muttermund bemerkt worden. — Später ist durch Einlegen eines Bougie in den Uterus die Frühgeburt eingeleitet worden, die Wehen begannen 33 Stunden nach der ersten Einführung, die Geburt dauerte 8 Stunden. Im Wochenbett ist wegen schlechter Involution des Uterus wieder Pilocarpin versucht worden und wieder ohne jeden Einfluss auf den Uterus. — D. bezeichnete Pilocarpin daher als ein ganz unsicheres Ecbolicum, dessen Anwendung durch eine ganze Reihe schwerer und vielleicht nicht ungefährlicher Nebenerscheinungen verboten wird.

E. Bidder (St. Petersburg).

23. **C. Heath** (London). Zur Diagnose der Unterleibstumoren. (Brit. med. Journ. 1879. März 1.)

Bei Gelegenheit der Beobachtung eines doppelten Psoasabscesses bei einer jungen Frau bespricht Verf. die Diagnose einiger Geschwülste, die bei beiden Geschlechtern vorkommen. Ascites, Anfüllung der Harnblase, Tympanitis, solide Geschwülste ausgehend von Leber, Milz, Dünndärmen, Nieren werden ohne Anführung neuer Gesichtspunkte besprochen. Ferner verbreitet er sich über Abscesse vom Becken, der Wirbelsäule, dem Cöcum ausgehend. Bei Frauen kommen Phantomtumoren vor, die in der Narkose verschwinden, ferner Uterus-Ovarientumoren; beim Mann Tumoren von retinirtem Hoden vor.

Fehling (Stuttgart).

24. **Copeman** (London). Erbrechen in der Schwangerschaft nach Copeman's Methode behandelt. — (Brit. med. Journ. 1879. Mai 17.)

Eine Ipara wurde im 6. Monat von hartnäckigem Brechen befallen. Als alle Mittel, auch nährende Klystiere im Stich liessen, führte Dilatation des Cervix mit Urethralbougie, später mit O'Byrne's Rohr in 3 Sitzungen Heilung herbei.

Fehling (Stuttgart).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S. (Margarethenstrasse 5), an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart (Alleenplatz 3), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling und **Dr. Heinrich Fritsch**

in Stuttgart. in Halle a/S.

Dritter Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 15 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

N°. 18. **Sonnabend, den 30. August.** **1879.**

I. Operative Casuistik.

2. Ausstossung eines Fibroms nach Ergotinbehandlung nebst Bemerkungen über permanente Irrigation.

Von

Heinrich Fritsch.

N. N., 41 Jahr alt, schwächliche, sehr anämische Frau, hat 4 Kinder leicht geboren, wurde Jahre lang an beginnender Phthise, Magenkatarrh und Menorrhagie behandelt. Pat. bemerkt seit Jahren, dass der Leib bei der Menstruation anschwillt. Der Blutverlust dabei ist enorm. In der intermenstruellen Zeit erholt sich Pat. nur wenig. Seit einiger Zeit Gefühl eines Prolapses, Urinbeschwerden und schwierige Defäcation. Befund: Muttermund in der Vulva, Portio lang, schlank, Scheide invertirt, nirgends an der Unterlage gelockert. Uterus vollkommen im kleinen Becken fixirt. Corpus uteri combinirt zu fühlen, circa kindskopfgross, gleichmässig vergrössert.

Uterushöhle 10 cm lang, bei der Sondirung Blutung. Diagnose: interstitielles Fibrom. Als ich mich während der nächsten kolossal starken Menstruation von der Vergrösserung der Geschwulst überzeugte, glaubte ich, dass dieser Fall besonders für Ergotinbehandlung geeignet sei, denn erstens lag das Fibrom sicher mehr nach der Uterinhöhle zu, da die Vergrösserung des Uterus gleichmässig war, hatte somit eine Schicht Uterusgewebe über sich; zweitens zeigte das Anwachsen der Geschwulst während der Menses, dass die Geschwulst sehr gefässreich, gut ernährt, also auch wachsend war. Aus diesem Grunde war auch zu hoffen, dass sie auf Ergotin reagirte. Drittens lehrt ja die Erfahrung, dass bei lang fortgesetzter Behandlung mit Ergotin die Blutungen fast stets sich verringern. Schon damit war viel erreicht.

Es wurde deshalb mit den subcutanen Injectionen begonnen und zwar mit Ergotin 2,0, Aqua 8,0, Acidi carbolici fluidi gutt. un. täglich eine Spritze von 1 g Inhalt. Reinigt man jedes Mal vor der Injection die Spritze, wäscht man mit etwas Carbolwatte die Injectionsstelle ab und hütet man sich, Luft mit zu injiciren, so fehlt jede Reaction. Ich mache diese Injectionen stets in der Sprechstunde, ohne jemals Nachtheil davon erlebt zu haben. Einen Abscess habe ich noch nie gesehen. Die Behandlung hatte den Erfolg, dass nach Verbrauch von 2 g Ergotin der Uterus erheblich kleiner geworden war. Die erfreulichste Folge der Verkleinerung war, dass der Uterus sich jetzt reponiren liess. Er wurde aus der Einkeilung im Becken befreit und in Anteversionsstellung gebracht. In dieser Position blieb er liegen. Die nächste Periode verlief ohne erhebliche Blutung. Pat. wurde nun lässig, so dass ich bis zur nächsten Menstruation nur alle 2—3 Tage eine Injection machen konnte. Die Folge war eine enorme Blutung bei der Menstruation. Nunmehr wurde energisch mit der Injection fortgefahren, eine grössere, 1,5 g haltende Spritze gebraucht, so dass täglich 0,3 Ergotin verbraucht wurde. Auf diese starken Einspritzungen reagirte der Uterus viel mehr als früher, stets traten Wehen ein. Nach der 5. Einspritzung wurden die Wehen sehr heftig. Abends wurde ich gerufen, fand die Scheide von einer weichen fleischigen Masse erfüllt und den Muttermund eröffnet. Pat. fieberte nicht. Ich liess die Vulva mit einer Carbolcompresse bedecken, 2stündlich in der Nacht die Scheide ausspritzen und machte noch eine Ergotininjection, um den Vorgang zu beschleunigen. Am andern Tage konnte ich neben der Geschwulst in den Uterus. Mit der Siebold'schen Scheere und andern Instrumenten wurde die sehr weiche, zerreissliche Geschwulst so viel es ging entfernt. Die Blutung war unerheblich. Derartige Operationen haben nie etwas Befriedigendes, was die Technik anbelangt. Man wird eigentlich nicht recht fertig. Aber schon öfter hatte ich bemerkt, dass die Rauhigkeiten der Wunde sich bald ebnen. Der Uterus gewinnt eine normale Form bald wieder, wenn auch zunächst ein tiefer Krater mit erhabenen Rändern an Stelle der entfernten Geschwulst übrig bleibt.

Es wurde täglich 3 Mal der Uterus ausgespült. Pat. fühlte sich wohl. Am 3. Tage aber begann mässiges Fieber und dauerte noch 3 Tage an, es erhob sich nie über 39,2. Am 5. Tage begannen von Neuem erhebliche Wehen, und eine runde feste Geschwulst, ein zweites Fibrom, stellte sich in den Muttermund, ihn allmälig wieder eröffnend, ein. Als ich einen Theil der Geschwulst mit Schwierigkeit herausriss, zeigten die entfernten Partien eingelagerten Eiter. Zu gleicher Zeit aber wurde es klar, dass diese festere Geschwulst sich nicht ohne Narkose entfernen liess. Deshalb wurde am andern Morgen zur Operation geschritten. In der Nacht war die Temperatur auf 40,5 gestiegen. Mit einer Polypenzange fasste ich den Polypen und drehte die gefassten Stücke ab. Ragt ein Polyp deutlich in das Uteruscavum hinein, so braucht man sich nicht zu scheuen, ihn abzudrehen. Denn das Wachsen nach Innen, das Ueberwinden des intrauterinen Druckes setzt voraus, dass über der Geschwulst eine noch dicke, widerstandsfähige Schicht Uterusgewebe sich befindet. Wäre diese Schicht dünn, so wäre der Polyp sicher nach der Abdominalhöhle hin gewachsen. Beim blossen Ziehen könnte eine Verletzung entstehen, beim Abdrehen, möglichst nahe an der Basis, ohne vorher nach unten zu ziehen, kann nicht gut eine Verletzung der Schicht über dem Fibrom zu Stande kommen. Nach Entfernung der Geschwulst zog sich der Uterus gut zusammen, man fühlte, dass das erste, weiche Fibrom links gesessen hatte, hier war noch der Rand zu fühlen. Die harte, runde Geschwulst hatte gerade im Fundus ihren Platz gehabt. Ein bedenklich tiefes Loch bewies, dass diese Geschwulst wohl früher mehr interstitiell gesessen hatte. In dieses Loch hinein schob ich einen mit Querbalken versehenen Gummischlauch, welcher an einem Bozeman'schen Katheter befestigt war. Letzteren nahm ich deshalb zu Hülfe, weil eine so erhebliche Anteversion bestand, dass der Fundus tiefer als die Portio lag. Hierauf wurde permanent irrigirt, um die septische Wunde aseptisch zu machen und zu erhalten. Dies gelang vollkommen. Am Abend nach der Operation war die Temperatur 37,2. Sie hob sich nie über 38,0. Nach 48 Stunden entfernte ich den Apparat, um ihn weniger voluminös wieder einzulegen, der Querbalken war umgeben von einer Menge Fibromfetzen, auch die Scheide war voll abgestorbenen Gewebes. Eine reichliche Auswaschung entfernte alle Reste. Dann legte ich den Bozeman'schen Katheter wieder ein und liess noch 24 Stunden irrigiren. Hierauf unterbrach ich die Irrigation, liess aber wegen der Anteversion den Katheter noch liegen. Nach 24 Stunden entfernte ich ihn. Patientin war stets fieberfrei. Als Irrigationsflüssigkeit wählte ich zuerst 2 % ige Carbolsäurelösung. Sie verdient ja doch immer das meiste Vertrauen. Da nach 24 Stunden Intoxicationserscheinungen eintraten, so wurde Salicylsäurelösung gebraucht. Später spülte ich nur mit Wasser aus. Am 7. Tage stand Patientin gesund auf. Der Uterus ist noch stark antevertirt, sehr beweglich, von normaler Form. Die Menstruation trat nur schwach wieder ein.

Ich habe diesen Fall nicht als einen besonders seltenen publicirt. Sowohl andere Gynäkologen als auch ich haben mit wechselndem Erfolg Aehnliches öfter beobachtet. Nur von dem Gesichtspunkte der Behandlungsmethode aus will ich den Fall als wichtig hinstellen.

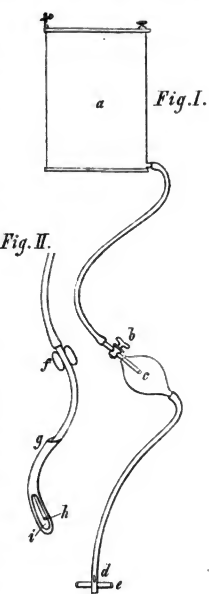
Was zunächst die Ergotinbehandlung anbetrifft, so bedarf es keiner Anpreisung. Diese Methode hat sich einen festen Platz unter unseren werthvollsten therapeutischen Methoden längst erobert. Sicher war die Geburt des Fibroms Folge der Ergotininjectionen. Die Ausstossung aber eines Myoms bedingt wiederum Gefahren, die ohne angemessene weitere Behandlung das sonst günstige Ereigniss fast als ein Unglück erscheinen lassen. Wir sehen recht deutlich, dass die sorgfältigsten Ausspritzungen nicht im Stande waren, das Fieber zu verhindern. Freilich ist Nichts mehr geeignet, in Fäulniss überzugehen, als ein Myom. Auf ganz geringe Eingriffe habe ich vor der antiseptischen Methode grosse, weiche Myome verjauchen sehen. Fast stets bezahlte die Patientin Operationsversuche mit langem Krankenlager oder sogar dem Tode. Phlebitis, Thrombosen, Pyämie schlossen sich mit Vorliebe an. Es giebt aber eine Methode, diese unangenehmen Folgen von Fibromoperationen zu verhüten, eine Methode, welche ein kühneres Vorgehen gestattet und auch deshalb Werth hat, weil sie — vielleicht erfolglose Versuche der Entfernung eines Myoms ungefährlich macht. Diese Methode ist die permanente Irrigation nach Schücking, sie gestattet, derartigen Operationen die Vortheile der Antisepsis zu Theil werden zu lassen. Wie aber die neuesten Publicationen zeigen, ist die permanente Irrigation in ihrem hohen Werthe viel zu wenig gewürdigt.

Wir haben in den weiblichen Genitalien ebenso, wie an anderen Körpertheilen, zwei verschiedene, sich aber oft deckende Aufgaben: Entweder handelt es sich darum, eine Wunde aseptisch zu erhalten, oder eine durch eigene oder fremde Schuld oder spontan inficirte Wunde aseptisch zu machen. Eine gut zugängliche Wunde kann man mit Chlorzink resp. starken Carbollösungen ätzen, und durch passende Verbände den dadurch erreichten Erfolg sichern. In Körperhöhlen aber lässt sich diese Methode nicht anwenden, 1. wegen der Unsicherheit, überall hin zu gelangen, 2. wegen der Verletzungen, die das Aetzmittel auf dem Wege zur Wunde und von der Wunde machen kann und 3. wegen der Unmöglichkeit, einen passenden Verband anzulegen.

So hielt man es früher für ganz unmöglich, den puerperalen Uterus methodisch zu listern. Wenn man trotzdessen durch die Auswaschungen des puerperalen Uterus so enorm viel erreichte, so war der Erfolg mit darauf zu beziehen, dass ein Quantum Lösung in der weiten Scheide und dem weiten Uterus blieb und hier desinficirend weiter wirkte. Wurde bei der nächsten Ausspülung wieder neue Lösung eingeführt, geschah diese Erneuerung alle 2—3 Stunden, schloss eine nasse, sich anschmiegende, von Zeit zu Zeit erneuerte Carbolcompresse die Scheide ab, so war der Erfolg fast stets ein

überraschend brillanter. Ein strenger Antiseptiker aber wird gegen dies Verfahren viel einzuwenden haben. Vor Allem das Unmethodische und die Unmöglichkeit, einen Abschluss zu erzielen. Um letzteres zu ermöglichen, gab Schücking für den puerperalen Uterus ein Verfahren an, das etwas vereinfacht und angepasst, bei gynäkologischen Operationen Vorzügliches leistet. Jene zwei oben hingestellten Aufgaben werden durch Schücking's Verfahren gelöst. Die Wunde wird durch Ueberrieselung aseptisch gemacht, und die Flüssigkeitsschicht stellt gleichsam einen permanent sich erneuernden antiseptischen Verband vor.

Es giebt eine Anzahl Behandlungsmethoden resp. Operationen, welche dem Specialisten zu überlassen sind. Ist aber eine besondere Methode oder Operation geeignet, ein durch imminente Gefahr bedrohtes Leben zu retten, so muss diese Methode Allgemeingut der Aerzte werden, mag sie nun leicht oder schwer, bequem oder unbequem auszuführen sein. Zu diesen Methoden gehört die permanente Irrigation. Wie die Beschreibung der hydrostatischen Desinfectionsmaschine zeigen wird, ist die Anwendung eine sehr leichte, einfache, billige und unter allen Verhältnissen mögliche. Der Apparat[1]) besteht aus einem Irrigator *a* (Fig. I), mit einem circa $1^1/_2$ m langen Gummischlauch. Mit ihm verbunden ist Schücking's Tropfrohr: ein Glascylinder, oben und unten zum Ueberschieben eines Gummischlauches zugespitzt. Der obere Ansatz ist mit einem Hahn *b* versehen und läuft in eine im Cylinder liegende Glasröhre *c* aus. Sobald also der Hahn vollkommen geöffnet wird, sieht man die Flüssigkeit aus *c* im vollen Strome laufen. Wird der Hahn halb geöffnet, so fliesst die Flüssigkeit nur tropfenweise ab. Ferner befindet sich ein anderer Gummischlauch am Tropfrohr, welcher am untersten Ende 2 Löcher hat und einen Querbalken trägt. Die Oeffnungen, durch welche der Querbalken gesteckt ist, müssen ungefähr halb so gross als der Querbalken sein, dann sitzt der Querbalken so fest, dass er nur schwer herauszuziehen ist. Soll der Apparat gebraucht werden, so richtet man das Lager der Patientin so ein, dass die obere Hälfte des Bettes etwas höher als die untere ist.



[1]) Auch Volkmann hat Schücking's Verfahren für richtig anerkannt und bei Mastdarmoperationen angewendet, cfr. Sammlung klin. Vorträge No. 131.

Entweder durch ein Strohkissen, oder am besten durch ein in der Mitte zusammengeklapptes Federbett wird diese Erhöhung hergestellt[1]). Dahin, wo der höhere Theil aufhört, setzt man einen Unterschieber, flache Schüssel oder Speinapf.

Die Pat. wird jetzt so gelagert, dass die hintere Commissur der Scheide in die Bettschüssel hineinragt. Sehr erleichtern und verbessern kann man das Lager durch ein Stück wasserdichten Unterlagsstoff von ca. $^1/_2$ qm. Dieses wird unter den Hinteren der Patientin gelegt, und dann durch seitlich angeschobene Kissen eine Rinne hergestellt, welche die abfliessende Flüssigkeit in das Becken führt. Nun wird der Querbalken, durch eine Kornzange zusammengeklappt erhalten, in den Uterus so hoch hinauf als möglich eingeschoben.

Für manche Fälle eignet sich mehr ein fester Katheter. Wenn nämlich der Uterus gegen die Scheide sehr abgeknickt ist, so muss stets das Bestreben bestehen, den Weg aus dem Uterus zu einem geraden zu machen. Dies kann man mit dem Drainagerohr nicht erreichen. Der Schücking'sche Katheter ist für gynäkologische Zwecke zu massig, die Rauheiten der Aussenseite zum Anwickeln von Gaze, ebenso wie die Gaze unnöthig. Ich gebrauche deshalb den Bozeman'schen Intrauterinkatheter. Er ahmt die Uterusbeckenaxe nach, und incommodirt wegen seiner Kürze die Patientin wenig. Bei diesem Katheter ist die Ausflussöffnung *h* (cfr. die Fig. II) durch ein doppelt gefenstertes, dickeres Rohr *i*, das bei *g* eine Ausflussöffnung hat, gedeckt. Auf diese Weise kann die Injectionsflüssigkeit trotz allmäliger Verkleinerung des Uterus auch dann ausfliessen, wenn der Muttermund eng dem Rohre anliegt. Namentlich zur Ausspülung oder permanenten Irrigation des nicht oder nur wenig erweiterten Uterus ist dieser Katheter vorzüglich. Ich hatte in unserem Falle an ihn das Gummirohr mit Querbalken angebunden, theils um ihn zu halten, theils um den Muttermund nicht zu eng werden zu lassen. In anderen Fällen zog ich durch die Oesen *f* ein langes Band, das um die Taille geschlungen wurde. Mit dem Katheter kann die Frau auf der Seite und auf dem Rücken liegen.

Nach Einbringung dieses Theils des Apparates wird der Irrigator nach Schluss des Hahnes mit dem Desinficiens gefüllt und nahe am Bette aufgehängt. Dann verbindet man das Uterusvaginalrohr mit dem Tropfrohr. Zunächst lasse ich gewöhnlich bei völlig offnem Hahne eine recht starke Carbollösung, 3—5 %ig, auch mit recht heissen Temperaturen zur Blutstillung, durchlaufen. Später muss man, bei tagelanger Anwendung, Salicylsäurelösungen gebrauchen. Sobald der Hahn aufgedreht wird, entweicht zunächst gurgelnd die Luft, dann sieht man die Flüssigkeit in die Bettschüssel einströmen. Fliesst sie rein ab, so dreht man den Hahn so weit zu, dass noch schnell sich folgende Tropfen fliessen. Im Tropfrohr kann man das Abfliessen controliren und stets durch einen Blick sich vergewissern,

[1]) In Spitälern wird natürlich ein Lochrahmen angewendet.

ob die Maschine fungirt. Sobald der Irrigator nach 3—4 Stunden leer wird, schüttet irgend Jemand Flüssigkeit nach.

Hat man die Methode angewendet, weil vielleicht nach Pressschwamm- oder Laminariabehandlung eine septische Endometritis entstand, so kann der Apparat ruhig 4—5 Tage liegen bleiben. Dann ist er im günstigen und im ungünstigen Falle überflüssig. Hat man aber operirt, z. B. ein Fibrom entfernt oder das Evidement gemacht, so umgiebt bald eine dicke Schicht Gewebsfetzen den Querbalken oder den Katheter. Diese Fetzen lassen allerdings noch Flüssigkeit durch, verfaulen auch nicht, können aber nicht abgehen. Man muss deshalb nach 48 Stunden den Apparat entfernen und reinigen, auch die Scheide, in der gewöhnlich viel mortificirtes, geruchloses Gewebe liegt, ausspülen. Hierauf wird der Apparat wieder eingelegt und bleibt noch 48 bis 72 Stunden liegen. Dann ist gewöhnlich Nichts mehr nöthig.

Wie gegen alle die neueren, complicirten Nachbehandlungsmethoden wird man auch gegen diese den Einwurf machen können, dass ohne diesen Apparatus magnus eben so gute Erfolge erreicht sind. Gerade aber der Umstand, dass derartige günstige Fälle immer publicirt werden, beweist, dass man sie für etwas Seltenes hielt. Ihnen stehen mindestens ebenso viel Fälle mit ungünstigem Ausgang gegenüber, und jedenfalls ist eine grössere Anzahl nicht zur Publication gelangt. Aber selbst in den glücklichen Fällen dauerte oft der Eiterabfluss, das Fieber, der Abgang von Fetzen wochenlang, ja monatelang. Der langen Eiterung erlag noch manche Patientin, die der Sepsis entgangen war. Auch ich habe 2 Mal in verzweifelten Fällen verjauchte Fibrome entfernt. Beide Male ohne Hoffnung auf Erfolg, nur von dem Gedanken ausgehend, dass die stinkenden, aus dem Uterus hängenden Massen entfernt werden müssten. Im ersten Falle war die Verjauchung nach diagnostischer Laminariaeinlegung, im zweiten Falle nach einfacher Sondirung eingetreten. In beiden Fällen hatte ich nach der Operation stark mit Liquor ferri geätzt, und verdanke vielleicht diesem Umstande die Sistirung des septischen Processes. Aber in beiden Fällen waren die Kräfte der Patientinnen enorm erschöpft, die Nachbehandlung dauerte in einem 4, im anderen Falle 2 Monate, während sie bei der permanenten Irrigation vielleicht 5 bis 7 Tage gedauert hätte.

Heutzutage wollen wir den Zufall nicht mehr gelten lassen, am wenigsten aber *zufällig* glücklichen Verlauf in jedem Falle erhoffen. Es unterliegt gar keinem Zweifel, dass beim heutigen Stand der Kenntniss von der Aetiologie, die Antisepsis überall Anwendung finden muss, so auch bei Operationen im Uterus, hier aber ist die einzig mögliche Art der Anwendung: die permanente Irrigation.

Fragen wir uns zum Schluss, in welchen Fällen eine Indication zur permanenten Irrigation bestehen wird, so werden es *erstens* alle die sein, bei denen erfahrungsgemäss leicht Sepsis eintritt, also z. B. bei Operationen der Hämatometra, bei Versuchen, Fibrome zu

entfernen, bei der Freund'schen Operation. Und zweitens wird die strícteste Indication zur permanenten Irrigation dann bestehen, wenn in der Scheide oder im Uterus eine septische Wunde sich befindet, also dann, wenn nach irgend welchen intrauterinen Manipulationen Fieber eintritt.

Halle a/S., den 12. August 1879.

---

1. **Rheinstädter** (Cöln). Ueber Sterilität.

III. Ursachen und Behandlung der weiblichen Sterilität.

(Deutsche med. Wochenschrift 1879. No. 18 u. 19.)

Befruchtung findet statt, wenn innerhalb des weiblichen Genitaltractus (Ostium uteri bis Ovarium) lebenskräftiges Sperma mit einem lebensfähigen Ei zusammentrifft. Dazu ist erforderlich, dass:

der Scheidentheil in die Samentasche des hinteren Scheidengewölbes eintaucht,

das Vaginalsecret durch seine chemische Beschaffenheit die Spermatozoen nicht sofort tödtet,

das Vaginal- und Cervicalsecret nicht durch seine zähe Beschaffenheit die Bewegung der Samenfäden hindert.

Die beiden letzten Punkte sind absolut nothwendige Bedingungen; das Eintauchen des Scheidentheils nicht (Schwangerschaft ohne immissio penis), es bleibt jedoch bei bedeutender Abweichung der Portio in der Regel die Befruchtung aus. Von allen Lageveränderungen des Uterus bietet die Anteflexio mit nach vorn stehender Portio die ungünstigsten Chancen, da die Knickung hier ausserdem gewöhnlich spitzwinklig ist. Retroflexionen und Retroversionen kommen hauptsächlich bei Frauen vor, die schon geboren haben; die Knickung ist meist stumpf- oder rechtwinklig, der Canal weiter. Die Sterilität ist daher meist acquirirt und giebt bessere Aussicht auf Heilung. Anteversionen bieten kein Hinderniss. Eine oft übersehene Sterilitätsursache ist das sofortige Abfliessen des Samens nach dem Coitus, meist in Folge einer eigenthümlichen Bildung des Receptaculums.

Es wird nach dem oben Gesagten der Arzt oft im Stande sein, durch gewisse Verhaltungsmassregeln, wie bezüglich der Körperlage während und nach dem Coitus, manche Sterilität zu heben und sollte dies immer als Präliminarien der eigentlichen Behandlung vorausgehen. Führt es nicht zum Ziele, so ist zunächst der unvermischte männliche Same zu untersuchen; erweist er sich als pathologisch, so ist von jeder Behandlung der Frau abzusehen; ist er normal, so hat man den in die Scheide und Cervix deponirten Samen zu untersuchen.

Sind im Vaginalschleim keine Samenfäden vorhanden, so hat entweder keine Deposition stattgefunden, oder der Same ist vollständig abgeflossen.

Finden sich lebende Spermatozoen im Receptaculum, in dem aus dem Cervix geholten Schleim aber nicht, so mangelt es an der richtigen Einstellung (Behandlung mit Pessaren u. s. w.) oder die

Beschaffenheit des Muttermundes ist dem Eindringen der Samenfäden hinderlich (unblutige und blutige Erweiterung, Discission, Excision etc.).

Finden sich bewegungslose Spermatozoen im Vaginal- oder im Cervicalschleim, so trägt die Secretion Schuld, starke, sauere Reaction oder Zähigkeit. Für beides empfiehlt sich die Lösung eines Alkali in Glycerin, mittelst Tampons eine Stunde vor dem Coitus in die Scheide eingeführt.

Enthält der Cervicalschleim sich lebhaft bewegende Spermatozoen, so kann sich die Behandlung nur noch auf Erkrankungen des Uteruskörpers (abgesehen von Flexionen), auf intrauterine Geschwülste, Endometritis, Metritis und auf die Tuben und Ovarien richten. Hier tritt der ganze gynäkologisch-therapeutische Apparat in Kraft.

Fötale und infantile Beschaffenheit des Uterus, Mangel der Portio vaginalis, bedingen meist Sterilität.

Die Impotentia coeundi beim Weibe wird bedingt durch Missbildungen, zu derbe Beschaffenheit des Hymens, Verschluss der Scheide, und durch Zustände, welche man unter dem Namen des Vaginismus zusammenfasst. Die Behandlung ist einfach.

Schellenberg (Leipzig).

---

2. **R. Kaltenbach** (Freiburg i/B.). Sectio caesarea wegen Carcinom des Rectum.

(Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie Bd. IV. Hft. 2.)

Unüberwindliche Geburtshindernisse vom Rectum ausgehend sind nach Verf., dem nur ein von Schröder citirter Fall bekannt ist, sehr selten. K.'s Fall betrifft eine 37jährige IXpar., bei der alle bisherigen Geburten, die letzte vor 3 Jahren, leicht verlaufen waren. Bis auf Kreuzschmerzen und Störungen in der Defäcation, die sich in den letzten beiden Schwangerschaftsmonaten eingestellt hatten, war die Frau stets wohl gewesen.

Die Wehen hatten 3 1/2 Tage vor Verf.'s Ankunft rechtzeitig begonnen, aber ebensowenig als künstliche Entbindungsversuche, welcher Art ist nicht gesagt, die Geburt zu fördern vermocht. Bei K.'s Ankunft zeigte die Pat. alle Zeichen beginnender Erschöpfung, die Wehen hatten aufgehört, die in einer Steisslage gelegene Frucht war abgestorben. Bei innerer Untersuchung zeigt sich die Scheide 3—4 cm über dem Eingange durch einen hinter ihr gelegenen, festen, leicht höckrigen, an Grösse einem 6—7 monatlichen Fötalschädel entsprechenden Tumor platt nach vorn gedrückt. Bei der Untersuchung per Rectum liess sich derselbe der unteren Partie des Kreuzbeines unverschiebbar aufsitzend nachweisen. Zwischen dem vorderen Rande des Tumors und hinterer Symphysenwand blieb nur eine 4 cm weite Passage.

Unter trüben Auspicien schritt Verf. mit Beobachtung möglichster Antisepsis (Chlorwasser) zum Kaiserschnitte nach alter Methode, wo-

bei wie gewöhnlich die Placenta, die wie auch die Frucht Zeichen beginnender Fäulniss bot, nach vorn sass. Nach Umstechung einiger Gefässe in der Uteruswunde wurde dieselbe mit 15 Seidennähten verschlossen. In die Bauchhöhle war fast nichts eingeflossen; sorgfältige Toilette, Verschluss und Compressionsverband in der gewöhnlichen Weise.

Am sechsten Tage unterlag die unmittelbar nach dem rasch beendigten Eingriffe relativ kräftige Pat. einer septischen Peritonitis.

Bei der Section klaffte die Uteruswunde weit, doch war keine Nachblutung erfolgt. Das Becken war mässig platt (Conj. vera 9 cm). Der noch stark apfelgrosse Tumor, er war bei ungeschickter Präparation verkleinert worden, stand in der Breite einer Hand in inniger Verbindung mit der vorderen Wand des Kreuz- und Steissbeines, doch war die frühere Festigkeit derselben gelockert. Es war ein vom Mastdarm ausgegangenes retrorectal gewachsenes Medullarcarcinom.

Dass trotz der sorgfältigen Anlegung der Uterusnaht die Uteruswunde, wie so häufig, weit klaffend gefunden wurde, führt Verf. nicht, wie gewöhnlich geschieht, auf die wechselnden Contractionszustände des Uterus, sondern auf die Schwierigkeit eine Infection fernzuhalten zurück. Ueberhaupt ist nach K. auch bei jeder plastischen Operation das Ausbleiben einer prima intentio bei sonst günstig gestalteten Wundflächen einem Fehler in der Antisepsis zuzuschreiben. Aufschluss darüber, ob die prima intentio bei der Uterusnaht häufiger durch mechanische oder inficirende Momente gestört wird, wünscht Verf. von vergleichenden Teperaturcurven. Doch dürfte die Uterusnaht wohl durch die trotz Allem noch bessere Chancen bietende Porro'sche Methode verdrängt werden, von der zumal in Fällen wie dem vorliegenden, bei schon vor der Operation bestehender Infection allein etwas zu erwarten ist, so dass Verf. mit Recht bedauert sie nicht angewandt zu haben. **Herdegen** (Stuttgart).

---

3. **Pasteur** (Paris). Ueber puerperale Septikämie. Mittheilung in der Académie de médecine.

(Progr. méd. 1879. No. 24.)

Pasteur theilt eine Bemerkung des Dr. Feltz in Nancy mit, welcher im Blute einer an Puerperalfieber verstorbenen Frau einen Pilz in Form von Leptothrix (puerperalis) gefunden haben will. P., welcher sich von diesem Blute eine Probe zuschicken liess, fand, dass der beobachtete Pilz eine Milzbrandbacterie war, was durch controlirende Impfversuche an Meerschweinchen bestätigt wurde. Die in Nancy verstorbene Frau war demnach durch Milzbrandgift inficirt, was dadurch wahrscheinlich erscheint, dass ihre Wohnung an die eines Pferdehändlers angrenzte. **Engelhorn** (Winnenthal).

---

4. **Schmidt.** Gehalt der Milch an Schwefelsäure.

(Journ. für Landwirthschaft 1878.)

Die Milch enthält immer etwas Schwefelsäure; dieselbe gelangt offenbar durch das Futter dorthin. Glaubersalzgeben verstärkt die Schwefelsäurereaction der Milch. Der Vorschlag, in Gegenden mit gipshaltigen Wässern eine Fälschung der Milch durch Wasserzusatz mit Hülfe der Reaction des Chlorbariums auf Schwefelsäure zu eruiren, ist dadurch hinfällig geworden. **Roeckl** (Stuttgart).

---

5. **Gautier** (Genf). Ueber Masern im Puerperium und während der Schwangerschaft.

(Annales de Gynécologie 1879. Mai.)

Ueber den Verlauf der Masern im Puerperium und der Schwangerschaft ist wenig bekannt und gehen die Ansichten der Autoren weit auseinander. Bohn, wohl der neueste Autor (Gerhardt's Handbuch), stellt sie in prognostischer Beziehung fast in gleiche Linie mit dem Scharlach. Verf. hat während einer Epidemie in Genf einen Fall beobachtet. Eine 24jährige Frau befand sich am Ende ihrer Schwangerschaft. Sie hatte eine Schwester von ihr, am Abend bevor sich bei dieser das Exanthem zeigte, zuletzt besucht. Neun Tage darauf begann bei ihr die Krankheit mit Frösteln, Abgeschlagenheit, häufigem und heftigem Husten, Schnupfen, Heiserkeit und Conjunctivalkatarrh. Nach weiteren 2 Tagen gebar sie leicht ein reifes Kind, am folgenden Tage brach das Exanthem aus. Der Verlauf war ein durchaus regelmässiger uncomplicirter, am 14. Tage post partum verliess sie das Bett. Ihre 3 älteren Kinder erkrankten ebenfalls, das Neugeborene blieb gesund. Zunächst ist zu bemerken, dass die Incubationszeit nicht länger gedauert hat, als bei den anderen Familiengliedern, die ausserdem erkrankten. Dann ist der durchaus leichte Verlauf hervorzuheben. In der Literatur ist, wie schon gesagt, wenig zu finden; Verf. hat im ganzen 11 Fälle gesammelt, aber sie sind meistens so kurz und beiläufig angeführt, dass nicht einmal immer der Ausgang bemerkt ist. Es scheint aber daraus hervorzugehen, dass Masern während der Schwangerschaft zum Tode des Fötus und zum Abort prädisponiren, auch für die Mutter nicht ohne Gefahr sind; im Wochenbett sind sie weniger gefährlich sowohl für Mutter als Kind, obgleich letztere meistens ebenfalls mit erkrankten. Verf. schliesst mit einem Appell an die Fachgenossen ihre einschlägigen Beobachtungen zu veröffentlichen.

Schellenberg (Leipzig).

---

6. **Terillon** (Paris). Ueber die Perineorrhaphie zur Heilung des totalen Dammrisses.

(Annales de Gynécologie 1879. Mai.)

In Fällen von totaler Zerreissung des Dammes ist die Perineorrhaphie eine lange und peinliche Operation, wenn sie anders zu einem

Resultate führen soll. Es sind besonders 3 Bedingungen zu erfüllen, erstens muss genügend weit angefrischt werden, dann müssen die Wundränder sehr genau einander angepasst und drittens die genähten Partien vor allen reizenden Einflüssen geschützt werden. Die Methode nach Gaillard-Thomas genügt zwar meistens diesen Anforderungen, aber die dabei angewandte Knopfnaht schneidet bei starker Spannung leicht durch. Verf. wendet daher die Zapfennaht an und legt ausserdem noch in der Mitte eine grosse Entspannungsnaht an, die er ebenfalls mittelst Zapfen und ausserdem Bleiplatten befestigt. Um das Eindringen von reizenden Flüssigkeiten aus dem Uterus oder der Vagina in die obere Naht zu verhindern, vereinigt er ausserdem die Vaginalschleimhaut noch durch eine Reihe von Silberdrahtfäden. Eine Krankengeschichte ist ausführlich mitgetheilt.

Schellenberg (Leipzig).

---

7. **Gallard** (Paris). Ueber Vaginismus.

(Annales de Gynécologie 1879. April.)

Im Eingange dieses mit echt französischem Esprit und nicht ohne eine gewisse Piquanterie geschriebenen Aufsatzes erwähnt Verf. zunächst, dass der unter dem Namen Vaginismus bekannte Symptomencomplex weder eine essentielle Krankheitsform von eigener pathologischer Wesenheit, noch auch bis auf Sims, den Vater jenes jetzt allgemein angenommenen Namens, den Gynäkologen unbekannt gewesen sei. Vaginismus ist nur ein Symptom verschiedener Krankheitszustände, welche aufzufinden und zu heilen oder zu verhüten die Aufgabe des rationellen Arztes ist. An einer Reihe von Krankengeschichten werden nun die einzelnen Formen demonstrirt.

In den meisten Fällen handelt es sich um entzündliche Vorgänge mit oder ohne Verletzungen (Fissuren) an der Vulva, der Vagina, der Portio oder des Corpus uteri, ja sogar seiner Adnexa. In allen diesen Zuständen ist der Schmerz das Primäre, die Contraction, der Krampf der Muskulatur das Secundäre. Der Spasmus der Scheidenmuskeln würde niemals hinreichen, die immissio zu hindern, es ist im Gegentheil der Schmerz, der schliesslich die Frauen unbewusst sich in jeder Weise der für sie höchst peinigenden Berührung ausweichen macht.

In anderen Fällen ist keinerlei Entzündungssymptom zu finden, dagegen selbst die leiseste Berührung ausserordentlich schmerzhaft. Verf. hält dies für eine wahre Neuralgie, auch hier ist der Schmerz das Wesentliche.

Die Behandlung ist eine sehr einfache. Bäder, Injectionen, ausserdem Aetzungen, namentlich mit Jodoform bei der entzündlichen, Narcotica (Salbe von Extract. Bellad.) bei der neuralgischen Form. Jodoform und Belladonna führt man am besten mittels eines Wattebausches ein, den man allmälig immer grösser machen lässt. Operative Behandlung verwirft Verf. gänzlich, höchstens will er die ent-

zündeten Hymenreste abtragen lassen, wenn sie nicht auf Aetzungen heilen.

Für sehr wichtig hält Verf. die Prophylaxe. In den allermeisten Fällen entstehe Vaginismus bei jungen, kurz verheiratheten Frauen. Die Defloration ist an und für sich schmerzhaft, und von mehr oder weniger starken entzündlichen Vorgängen gefolgt, namentlich bei nervösen und empfindlichen Personen. Wird dieser Schmerz nicht durch das nachfolgende Wollustgefühl vergessen gemacht, wird der Coitus zu häufig und zu ungestüm und ungeschickt ausgeführt, so führt schon die Furcht vor den erneuten Schmerzen zu einem derartigen Grade nervöser Aufregung, dass schon die geringste Berührung gescheut wird und der Vaginismus ist fertig. Verf. hält eine sachgemässe Unterweisung der in die Ehe tretenden beiderlei Geschlechter hier für sehr segenbringend. **Schellenberg** (Leipzig).

---

8. **Rothe** (Altenburg). Compendium der Frauenkrankheiten.

Leipzig, **Ambrosius Abel,** 1879.

Es hat uns immer geschienen, als ob die Herausgabe derartiger Compendien mehr aus buchhändlerischer Speculation, als im Interesse der medicinischen Wissenschaft und Praxis unternommen würde, denn weder dem Student, noch dem praktischen Arzte, zu deren Gebrauch sie bestimmt sind, werden sie jemals im Stande sein, ein ausführliches Handbuch entbehrlich zu machen. Dem Vortheil, »ein handliches Mittel zur raschen Orientirung zu bieten«, stehen doch manche schwer wiegende Nachtheile gegenüber, abgesehen davon, dass in unseren modernen Handbüchern der Gynäkologie die Orientirung doch nichts weniger als schwer ist.

Abweichend von dem sonst üblichen Gebrauch bei Abfassung dieser Compendien hat der Verf., offenbar ein erfahrener Gynäkologe, sich bemüht, nicht nur gewissermassen einen Auszug aus einem der bekannten umfangreicheren und massgebenden Werken zu liefern, sondern hat überall seinen Erfahrungen, seinen Ansichten und praktischen Gepflogenheiten eine hervorragende Stelle eingeräumt. Wenn dies unter anderen Verhältnissen ein Vortheil ist, so gereicht es diesmal dem Buche zum Nachtheil, denn hier durfte nur das gegeben werden, was die Wissenschaft bereits anerkannt hat, was allgemeine Gültigkeit, was sein volles wissenschaftliches Bürgerrecht erworben hatte (vide z. B. Lageveränderungen des Uterus).

Im Uebrigen ist die klare und übersichtliche Darstellung, der knappe aber ganz passende Stil, der sich nicht ohne Glück bemüht mit wenig Worten viel zu sagen, anzuerkennen.

Komisch wirken manche Uebersetzungen der Termini technici wie Hysterie mit Mutterplage. Das ist doch eigentlich geschmacklos. **Schellenberg** (Leipzig).

---

9. **Marchand.** Die Zusammensetzung der Milch.

(Archives vétérinaires 1878; Deutsch. Ref. in der Oesterr. Vierteljahrsschr. für wissensch. Veterinärkunde 1879. LI. Bd., 1. Hft.)

Bei der Rindviehausstellung in Paris im Jahre 1878 wurde die Milch von 62 Kühen, welche 18 verschiedenen Rassen angehörten, analysirt und gefunden, dass in jeder Milch unmittelbar nach dem Melken etwas Milchsäure, und zwar im Durchschnitte 2 Gran per Liter enthalten sei. Die Schwankungen bewegen sich von 0,8—4,22 g per Liter und ist der Gehalt um so grösser, je später die Milch zur Untersuchung gelangt. Der Gehalt an Milchzucker sinkt nie unter 50 g per Liter, vorausgesetzt dass die Milchthiere gesund sind und die Analyse nicht nach Beginn der Milchsäuregährung gemacht wird; derselbe übersteigt aber auch nie 58 g. Die stickstoffhaltigen Bestandtheile: Eiweiss und Käsestoff, erreichen in der Milch niemals jene Höhe, welche in den Analysen gewöhnlich angeführt werden; Die Menge, die im Mittel ca. 30 g per Liter beträgt, schwankt zwischen 17—45 g. Eine Trennung des Eiweisses vom Käsestoff wurde nicht vorgenommen, da das Verhältniss beider vorwiegend vom Futter abhängig ist. Die Fütterung mit Rübenblättern (welche ? R.) und Cruciferen macht die Milch reicher an Eiweiss und ärmer an Käsestoff.

Roeckl (Stuttgart).

---

10. **K. Ableitner** (Bremen). Die Verschneidung (Castration) der Hausthiere.

Bremen, Verlag von **M. Heinsius**, 1879.

Der sehr productive Herr Verf. hat sich in vorliegendem Werke die Aufgabe gestellt, praktische Anleitungen zur Ausführung der Castration der Haussäugethiere, Hühner und Fische zu geben, da dieselben seiner Ansicht nach an den thierärztlichen Lehranstalten zwar theoretisch, aber nicht genügend praktisch geübt würden. Bei seinen Zusammenstellungen hielt er sich daher auch neben seinen eigenen Erfahrungen, vorwiegend an die Mittheilungen thierärztlicher Praktiker. Bis jetzt unbekannte Methoden sind in dem Werke nicht verzeichnet und vermisst man in demselben auch Angaben über die Castrationsmethoden der Ziegenböcke und deren Erfolge, die doch aus mehrfachen Gründen Berücksichtigung verdient hätten. —

Der Zweck der Castration weiblicher Thiere ist zum Theil ein therapeutischer (Stute, Kuh), zum Theil ein öconomischer um Milch- und Mastnutzung zu steigern (Rind, Schwein, Schaf). Es giebt 2 Methoden der Ovariotomie: die Operation durch die Scheide bei grösseren Thieren, und jene an der Flanke bei kleineren Thieren und der Kuh. — Die Operation mittelst des Scheidenschnittes wurde zuerst von einem französischen Thierarzte (Charlier) ausgeführt; sie eignet sich für Stuten und Kühe und ist für erstere die ausschliessliche, da grössere Peritonealwunden, wie sie Flankenschnitte mit sich bringen, von denselben nicht ertragen werden. Der Schnitt wird am

Scheidengewölbe in der Nähe des Orific. ext. gemacht, und sucht man von hier aus zwischen Vagina und Rectum die seitlich liegenden Ovarien zu erfassen und durch die Schnittwunde zu befördern. Hier werden sie durch eine Zange am Eileiter fixirt und mit einer zweiten abgedreht. Charlier will in längstens 5 Minuten die Operation beendet haben. Von 7 Stuten konnte hierdurch bei 6 der »Mutterkoller« geheilt werden; von ca. 400 Kühen wurden nur 8 Stück verloren. Unwesentliche Abweichungen von dieser Methode bieten jene von Richter u. A. — Die Operation durch die Flanke wird bei allen Thieren auf der linken Körperseite (bei Hündinnen häufig auch rechts und in der Medianlinie, R.) vorgenommen. Die Ovarien werden zum Theil durch Abschaben mit dem Daumennagel, meist aber durch Torsion des Eileiters oder Abschneiden und Unterbindung, beziehungsweise Torsion der Gefässe, von ihrer Verbindung gelöst. Ein geübter Operateur ist in 10 Minuten fertig; die Verluste sind sehr gering (Dentler verlor von 30 Kühen 2, Schneider musste von 800 Kühen 9 tödten lassen). Kälber, Schafe, Schweine und Hunde werden in gleicher Weise castrirt und die Ovarien meist nur einfach hinweggeschnitten oder abgekneipt; die Verluste sind ebenfalls unbedeutend (Obich verlor von 12 weiblichen Lämmern keines; Friedberger von ca. 150 Hündinnen eine einzige). Narkose, Catgutligatur und Carbolspray werden in der Regel nicht gebraucht.

Die Manipulationen bei Ausführung der Operationen sind grösstentheils sehr detailirt geschildert, so dass das Werk zu vergleichenden Studien vorzüglich geeignet erscheint.

Roeckl (Stuttgart).

---

11. O. Chiari (Wien). Entzündung der weiblichen Hydrocele.

(Wiener med. Blätter 1879. No. 21, 22, 23.)

Verf. beschreibt bei einer 60jährigen, sonst gesunden Frau eine in der rechten Inguinalgegend vor 1/2 Jahre auftretende nussgrosse Geschwulst, die durch ein Trauma 3 Wochen vor der Aufnahme unter peritonitischen Erscheinungen bis zur Apfelgrösse sich ausdehnte und vor der Eröffnung keulenförmig 17 cm lang, oben 9, unten 2—3 cm breit, Fluctuation und an der Stelle der grössten Prominenz einen durch Lageveränderung in seiner Ausbreitung veränderlichen tympanitischen Schall aufwies. Dabei abendlich leichte Fieberbewegung, nie Stuhlverstopfung.

Dumreicher stellte die Diagnose und entleerte fauligen Eiter, Gas und Jauche, wobei er eine scheidenförmig offene Verbindung mit der Bauchhöhle fand. Pat. wurde nach der nur partiell per primam int. erfolgten Heilung gesund entlassen.

Nach der Angabe der Literatur über das Offenbleiben des Divertic. Nuckii und die dadurch entstehende Hydrocele feminae werden 5 weitere ähnliche Fälle und ein Fall von Pitha, der durch

Darmeinklemmung im Peritonealdivertikel und Peritonitis ohne Operation letal endete, angeführt.

Die Persistenz des Divertic. Nuckii ist beim Weibe nicht sehr selten und kann bei sackartiger Erweiterung mit Hernien wegen der gleichen Leichtigkeit der Reposition verwechselt werden. Entzündung führt dann zur Annahme einer Incarceration, welchen Irrthum die Operation aufklärt. **Felsenreich** (Wien).

---

12. **Canestrini** (Padua). Ueber Erzeugung des Geschlechts.

(Gaz. med. ital. Prov. ven. 1879. No. 16.)

Verf. will durch einige angreifbare Betrachtungen und durch Anführung von Factis, die nicht alle noch bestätigt sind (z. B. dass Frauen, die oft abortirt haben und Neigung zum Abortus haben, wenn sie dann Kinder austragen, mehr Mädchen als Knaben gebären), beweisen, dass das Geschlecht bei höheren Thieren nur von der Zahl der in das Eichen eindringenden Spermatozoiden abhängig sei. Ein oder sehr wenige Samenfäden sollen schon genügen, um das Ei zu befruchten, damit es bis zu einem gewissen Stadium der Entwicklung gelange; etwas mehr Spermatozoiden sind zur Zeugung eines Mädchens, eine noch grössere Zahl zur Zeugung eines Knaben erforderlich. **Liebman** (Triest).

---

13. **Th. Chalybaeus** (Dresden). Die Kindersterblichkeit in der grossen Stadt und der Einfluss der Milchnahrung auf dieselbe.

Dresden, **R. v. Zahn**, 1879.

Verf. behandelt im 1. Theil dieser populären Schrift die Sterblichkeit des Säuglingsalters in ihren Beziehungen zu der allgemeinen Sterblichkeitsziffer, den Jahreszeiten, der einzelnen Krankheiten, der Ernährungsweise; ferner die jetzigen Zustände der Milchgewinnung und der Milchversorgung grosser Städte.

Im 2. Theil werden die Anforderungen, welche man an eine gute Milch für Säuglinge zu halten hat, und die Bedingungen, unter denen eine solche zu erzielen ist, wiederum mit Rücksicht auf den Bedarf in den grossen Städten näher erörtert. Eine Betrachtung der Dresdner Milchkuranstalt und ihrer Einrichtung bildet den Schluss. **Schellenberg** (Leipzig).

---

14. **Alberts** (Berlin). Zur Operationstechnik bei Laparotomien nebst 1 Fall von Castration.

(Arch. für Gynäkologie Bd. XIV. p. 416.)

A. empfiehlt, um den tief im Becken liegenden Uterus mit seinen Adnexis bei den in Frage kommenden Operationen — der Totalexstirpation, Castration, Exstirpation kurzgestielter Ovarientumoren und Fibrome etc. — der Bauchwunde möglichst zu nähern, die Aufblähung

des ampullären Rectalabschnitts durch einen mit Wasser gefüllten Colpeurynter.

Bei Versuchen an der Leiche wurde der Uterus 2—5 cm höher und ein 1—3 cm der vorderen Beckenwand näher gerückt.

Die Methode leistete bei einer Castration vortreffliche Dienste: die Operirte starb nach 46 Stunden unter Inanitionserscheinungen. Der Fall wird ausführlich mitgetheilt. In der Bauchhöhle fanden sich 180 g Blut. **Schwarz** (Halle a/S.).

---

15. **Parrot.** Ueber die charakteristischen Veränderungen am Schädel bei Syphilis der Neugeborenen.

(Bull. génér. de Therap. méd. et chir. 1879. April 30.)

P. führt bei der Vorstellung dreier mit congenitaler Syphilis behafteter Kinder aus, dass unter den bei Syphilis neonat. vorkommenden Knochenaffectionen die des Schädels die charakteristischsten und häufigsten sind. Ungefähr ein oder zwei Monate nach der Geburt finden sich hauptsächlich an und um das Scheitelbein herum Osteophyten. Sie wachsen allmälig, deformiren den Schädel und geben ihm eine typische Form. Ihr Ausgangspunkt ist die Diploe der Scheitelbeine. P. hält sie für so charakteristisch, dass, wenn alle anderen Affectionen sowohl der Haut wie der Schleimhäute fehlen, man aus ihnen allein die Diagnose auf congenitale Syphilis stellen könne. **Schwarz** (Halle a/S.).

---

16. **H. Walters.** Bemerkungen über Silkworm-Gut als Nähmaterial.

(Med. Times and gazette 1879. vol. I. No. 1513. Juni 28. p. 701.)

Silkworm- oder Fishing-Gut empfiehlt sich durch seine Unveränderlichkeit mehre Wochen hindurch — in 3 beigebrachten Beispielen c. 2 Monate lang — sowie seine gänzliche Reizlosigkeit wegen seiner Unfähigkeit, Wundsecret in sich aufzunehmen, zu Suturen, welche längere Zeit liegen bleiben müssen. Ausser plastischen Operationen würde dies also besonders für intraperitoneale Operationen, vor Allem zur Unterbindung des Stieles in der Ovariotomie von grösster Wichtigkeit sein. Man kann die Fisch-Därme von der Dicke eines Haares an bis zu der eines starken Lachs-Darmes erhalten. Die dünneren Sorten können ohne Präparation gebraucht werden, wogegen die dickeren, um sie biegsamer zu machen, vor der Anwendung einige Minuten lang in Wasser zu tauchen sind, sie trocknen dann rasch und erlangen ihre Steifheit wieder. Früher tauchte Verf. diese Därme noch einige Minuten lang in Carbolglycerin, hat dies jedoch ohne allen Schaden in letzter Zeit gleichfalls unterlassen.

Lühe (Stralsund).

---

17. **M. Nedopil.** (Klinik Billroth). Die Laparosplenotomie.
(Wiener med. Wochenschrift 1879. No. 9, 10, 11.)

Verf. stellt, anknüpfend an zwei im Jahre 1877 an der Billroth'schen Klinik ausgeführte Splenotomien, alle bisher operirten Fälle zusammen.

Im Ganzen konnte Verf. 23 Fälle anführen, wovon fünf einen glücklichen Ausgang hatten. Der erste von diesen ist von Zaccarelli in Neapel (1549) operirt; in einem zweiten fand Ferrerius (1711) die Milz in einem Peritonealabscess sequestrirt; in einem dritten und vierten Fall entfernte Péan (1867 und 1876), in einem fünften V. Czerny in Heidelberg 1878 mit Glück die Milz durch die Laparotomie. Die Operation wurde in allen Fällen ausgeführt, I. wegen Wandermilz, II. wegen Hypertrophie, III. wegen Cysten und Echinococcen, IV. wegen Leukämie.

An die Zusammenstellung der Fälle schliesst Verf. Folgerungen, welche sich auf die Entstehungsweise, die Ursache und Indication zur Entfernung des Organs beziehen.

ad I. Eine dislocirte Milz hat einen langen Stiel (Lig. gastro lienale) und kann leicht exstirpirt werden, hierher gehört der glückliche Fall von Czerny, welcher von Friedreich für eine wandernde Niere gehalten wurde.

ad II. Eine dislocirte Milz vergrössert sich oft rasch und wurden zwei solcher Fälle von Zaccarelli und Péan mit Glück entfernt.

ad III. Eine cystös erkrankte Milz, in der ein Ovarientumor vermuthet wurde, entfernte ebenfalls Péan mit Glück. Verf. hält die Splenotomie im Falle von cystöser oder Echinococcuserkrankung, da auch die Punction und Simon'sche Operation gefährlich ist, für gerechtfertigt.

ad. IV. Da nach den gegenwärtigen Anschauungen bei der Leukämie die hyperplastische Erkrankung der lymphatischen Organe das Primäre, die Veränderung des Blutes erst das Secundäre ist, so wäre eine Exstirpation wohl gerechtfertigt, aber die 12 Fälle, die unter den 21. wegen Leukämie operirt wurden, starben. Der kleinste der leukämischen Tumoren war 10 Mal schwerer, der grösste 35 Mal schwerer als die normale Milz, während bei den geheilten Fällen die Milz nur das 5—6fache der normalen Grösse überschritten hatte. Aber nach Verf. ist, wie es auch sehr wahrscheinlich erscheint, nicht die Grösse als Ursache des letalen Ausganges zu betrachten, sondern vielmehr die Septikämie und Hämorrhagie. Die Septikämie lässt sich vielleicht durch streng antiseptisches Vorgehen, obwohl das Blut Leukämischer wahrscheinlich leichter zur Zersetzung neigt, noch vermeiden, aber der Hämorrhagie ist oft schwer Herr zu werden. Man findet oft Verwachsungen der leukämischen Milz mit Theilen des Zwerchfells; in allen diesen Fällen trat — ob die Adhäsionen nun fester oder lockerer waren — der Tod in Folge unstillbarer Blutung rasch ein.

Findet man sonst Adhäsionen, so soll man nach Verf. die Exstirpation der Milz lieber unterlassen. **Bandl** (Wien).

Casuistik.

18. **Liebmann** (Budapest). Entfernung eines Fremdkörpers (Federkiels) aus der Gebärmutter. — (Pester med. chir. Presse 1879. No. 27.)

Bei der Seltenheit solcher in der Literatur angesammelter Fälle schliesst Verf. den seinen an einige referirte an.

Eine Frau hatte sich aus unbekannter Ursache einen vom Schaft befreiten Gänsekiel selbst (Ref.) in den Uterus eingeführt. Es fand sich derselbe im Cervix steckend; die Spitze in der vorderen Wand des normal anteflectirten, etwas vergrösserten Uterus, das untere Ende in der hinteren Muttermundslippe. Die Extraction des 6 cm langen Kiels gelang schwierig mit der Polypenzange. Heilung ohne Störung.

Verf. bezweifelt nicht, dass Pat. sich den Kiel selbst eingeführt habe.

Fehling (Stuttgart).

19. **E. Bauer** (Renningen). Retroversio uteri gravidi.
(Zeitschrift für Wundärzte und Geburtshelfer Bd. XXX. Hft. 2.)

Verf. wurde zu einer 38jährigen Multipara, welche im 3. Monat schwanger war, wegen Kreuzschmerzen, schmerzhaften Harndrangs, Brechneigung und ängstlicher psychischer Erregung gerufen. Das hintere Scheidengewölbe war durch eine elastische Geschwulst ausgefüllt; die Portio vaginalis stand hoch über der Symphyse und war kaum zu fühlen. Nach Entleerung der Blase mittelst des Katheters, welche nicht ohne Schwierigkeiten vor sich ging, versuchte Verf. die Reposition des retroflectirten Uterus in der Knieellenbogenlage der Frau vom Rectum und von der Scheide aus, welche er als erfolglos aufgab und wegen Erschöpfung der Frau erst nach 5 Stunden wiederholte. Vom Rectum aus gelang die Reposition wieder nicht und erst durch Einführuug der Hand in das hintere Scheidengewölbe konnte der Uterus über das Promontorium allmälig weggeschoben werden. Nach 4 Tagen verrichtete die Frau wieder ihre Geschäfte und die Schwangerschaft nahm ihren normalen Verlauf. **Engelhorn** (Winnenthal).

20. **v. Ow.** Perlknoten im Euter einer Kuh.
(Thierärztliche Mittheilungen 1879. No. 5.)

Eine sehr gute Milchkuh bekam eine linksseitige Mastitis, die jeder Behandlung trotzte. Nach mehrwöchentlicher Dauer trat Husten, angestrengtes Athmen und wiederholt Fieber auf, so dass man sich zur Schlachtung des Thieres entschloss. Auf der Pleura und im Euter sassen massenhaft Perlknoten.

Roeckl (Stuttgart).

21. **Hue** (Bonces). Zur Behandlung der totalen Inversion des Uterus.
Mitgetheilt von Guénoit in der Société de chirurgie zu Paris.
(Progr. med. 1879. No. 24.)

Hue beobachtete eine totale Inversion des Uterus, welche nach 21stündiger Geburtsarbeit in Folge eines Zugs an der Nabelschnur zum Zweck der Entfernung der Placenta zu Stande gekommen war. Nach verschiedenen vergeblichen Repositionsversuchen legt H. nach Verfluss von 4 Monaten eine elastische Ligatur an und erreicht so nach 14 Tagen eine völlige Abstossung des Tumors.

Im Anschluss an diese Mittheilung demonstrirt Forget in der nächsten Sitzung (Progr. méd. 1879. No. 25) die Zeichnung eines total invertirten Uterus, welcher im Jahre 1838 beobachtet und von Gratiolet gezeichnet wurde. Die Möglichkeit der Reposition wird bei der Discussion nur für ganz frische Fälle zugegeben, im Uebrigen die Radicaloperation durch Amputation des Uterus für indicirt erklärt. **Engelhorn** (Winnenthal).

22. **Braun** (Stuhm). Zur Behandlung der Eklampsie im Wochenbett mit Pilocarpium muriaticum.
(Berliner klinische Wochenschrift 1879. No. 24.)

21jährige Primipara, eine Stunde post partum erster Anfall, dem rasch zahlreiche weitere folgten. Ordin.: Morphium; Chloralhydrat. Nach 24 Stunden. nach-

dem inzwischen zahlreiche Anfälle erfolgt waren, vollständig benommenes Sensorium, Pupillen weit und reactionslos, Athmen röchelnd, Cyanose. Injectionen von Pilocarpin 0,03, enorme Schweisse und Speichelsecretion. Besserung.

Verf. scheint die »Pilocarpinliteratur« noch nicht zu kennen.

Schellenberg (Leipzig).

23. **Löhlein** (Berlin). Entfernung der beiderseits zu papillären Kystomen entarteten Eierstöcke. — (Berl. klin. Wochenschr. 1879. No. 28.)

49jährige Frau, 6 Mal geboren, zuletzt vor 11 Jahren. Vor 3 Jahren in Folge heftiger Erkältung plötzliche Suppressio mensium mit Erbrechen und Schmerzen in der rechten Seite; von da wird die Entstehung eines allmälig wachsenden Tumors an derselben Stelle bemerkt. Seit einem Jahr zunehmende Schwäche, seit einem halben Jahr Schwellung des linken Fusses.

Status präsens: Abdomen wie am Ende einer Schwangerschaft ausgedehnt. In der rechten Seite ein grosser bis über die Mittellinie reichender Tumor mit mehreren kugelförmigen Hervorragungen an seiner Oberfläche. Links ragt ein anderer Tumor handbreit aus dem Becken hervor, setzt sich in dasselbe fort und füllt es ganz aus. Uterus nach vorn oben gedrängt, Sonde 11,6 cm leicht eingehend.

Operation. Geringer Ascites; der Haupttumor hat nur geringe Verlöthungen mit der Bauchwand, Stiel unterbunden, versenkt. Der linksseitige Tumor ist mit der Linea inominata verwachsen; nach Lösung dieser Adhäsion lässt er sich aus dem Becken hervorziehen. Stiel breit, ebenfalls unterbunden und versenkt. Auf dem Netz zeigten sich jetzt mehrfache linsen- bis erbsengrosse Herde, welche offenbar aus denselben papillären Wucherungen bestanden, wie sie in grosser Menge die Cystenwand des linken Tumors durchbrochen hatten. Auch in mehreren Kammern des grössern Tumors zeigten sich solche Wucherungen, theilweise in fortgeschrittener Verkalkung. Heilung normal. Am 20. Tage zeigten sich im Stuhl 3 festgeknotete Seidenfäden.

Es fragt sich nun zunächst, ob man nicht das inficirte Netz habe mit wegnehmen müssen. Hegar bedauerte, in einem solchen Falle es nicht gethan zu haben; F. Marchand, der neuste Autor, glaubt, dass diese Metastase selbst ihrem Wachsthum eine Grenze setze. Pat. befindet sich jetzt (nach 5 Monaten) noch ganz wohl. Interessant ist ferner der Abgang der Ligaturen ohne vorhergehende Eiterungs-(fieber)erscheinungen, wie sie von den Autoren in solchen Fällen geschildert werden. Verf. hält dieses Ereigniss für kein ungewöhnliches und immer da vorkommend, wo jede Infection vermieden ist. Bei genauer Beobachtung würde man es gewiss öfter antreffen.

Schellenberg (Leipzig).

24. **M. Horwitz.** (St. Petersburg). Ueber Entzündung der Beckensymphysen im Puerperium.

(St. Petersburg 1878. No. 38. 8 Seiten. [Russisch.])

Nach ausführlicher geschichtlicher Darlegung der Anatomie der Knochenverbindungen des Leibes giebt H. folgende 3 Krankengeschichten:

1) Frau S., 29 Jahr alt, klein, sehr fettleibig, leidet an hysterischen Krampfanfällen, die sich besonders zur Zeit der Regel steigern, letztere begleitet von starken Kreuz- und Leibschmerzen. Bedeutende Anämie, die durch Eisen gebessert wird. Vom 6. Monate der Schwangerschaft an Wohlbefinden. Bei der Geburt Wehenschwäche, nach 30 Stunden Zangenapplication; dabei Dammriss, der durch 3 Nähte geschlossen wird. In den ersten beiden Wochenbettstagen leichte Kreuzschmerzen, Temperatur bis 38,4; am 3. Tage hohes Fieber und bedeutende Empfindlichkeit der Symphysis pubis bei Bewegungen der Beine, während an Genitalien und Brüsten nichts zu finden ist. Berührung der vordern und hintern Fläche der Symphyse steigert den Schmerz bedeutend. Absolute Ruhe mit zusammengebundenen Beinen, Quecksilbersalbe mit Opium, innerlich Calomel. — Vom 7. Tage an nehmen Fieber und Empfindlichkeit ab, nach 3 Wochen macht Pat. kleine

Spaziergänge, fühlte aber noch ca. 3 Monate lang dumpfe Schmerzen in der Schoossfuge.

Kurze Zeit darauf beginnt eine neue Schwangerschaft und mit derselben Wiederkehr der Schmerzen, die sich immer mehr steigerten; dabei erscheint die hintere Fläche der Symphyse geschwollen, etwas uneben, und die unteren Ränder weichen etwas auseinander. Die Geburt wird wiederum wegen Wehenschwäche durch die Zange beendet, dieses Mal aber sehr schwer. Im Wochenbett dieselben Erscheinungen, wie das erste Mal, nur schwerer und anhaltender. Am Ende der 3. Woche bewegte sie sich wohl im Zimmer, aber noch jetzt, nach 3 Jahren, persistirt die Empfindlichkeit der Symphyse, besonders im Scheitel des Schoossbogens.

2) 24jährige Frau, die vor 8 Tagen zum zweiten Mal geboren hat, und seit dem 3. Tage hoch fiebert, lässt bei normalen Genitalien eine unzweifelhafte Entzündung der rechten Hüftkreuzbeinfuge erkennen. Die Schmerzhaftigkeit bei Bewegung und Berührung war enorm, so dass nur die Chloroformnarkose eine Untersuchung ermöglichte. Der Verlauf war schleppend, dumpfer Schmerz in der betroffenen Gegend noch monatelang vorhanden.

3) 36jährige IXpara, Geburt normal, am 3. Tage Frost und dieselben Erscheinungen, wie im Fall 1, die sich im Verlaufe eines Monats bedeutend bessern; eine gewisse Schwellung der Symphysengegend bleibt noch; die in der 6. bis 8. Woche zu Abscedirungen auf dem Mons und in dem rechten grossen Labium führen. Im Anschluss an diese Krankengeschichten und gestützt auf 24 in der Literatur gesammelte Fälle (in Winckel's Wochenbettkrankheiten) handelt H. eingehend ab das klinische Bild, die Aetiologie, Diagnose und Prognose der Entzündungen der Beckengelenke. **E. Bidder** (St. Petersburg).

25. **E. Hahn** (Berlin). Bericht über einzelne bemerkenswerthe Urinfisteln beim Weibe.

(Berliner klin. Wochenschrift 1879. No. 27.)

1) 38jährige Primipara, nach 50stündigem Kreissen mittelst schwerer Zange entbunden; am 3. Tage unwillkürlicher Urinabgang durch die Scheide, dabei immer noch Entleerung durch die Harnröhre. Nach 5 Monaten wurde eine rechtsseitige Ureteren-Gebärmutterfistel constatirt. Da es trotz aller Bemühung nicht gelang, die Fistel zu finden, wurde die Anlegung einer Blasenscheidenfistel mit nachfolgender querer Obliteration der Scheide vorgeschlagen. Die spontane Verheilung der glatten Blasenwunde wurde durch Vereinigung der Scheiden- und Blasenschleimhaut verhindert. Heilung; Urin und Menstrualblut durch die Urethra. Nach 8 Monaten musste auf Verlangen des Ehemannes der Verschluss der Scheide wieder geöffnet werden. Nach 11 Monaten normale Geburt eines reifen Kindes. Nach dem Wochenbett konnte die Ureter-Gebärmutterfistel nicht mehr constatirt werden. Die Blasenscheidenfistel besteht im früheren Umfange.

2) 47jährige Xpara. Durch Wendung schwer entbunden. Blasenscheiden-Gebärmutterfistel von enormer Grösse. Operation; Vereinigung durch 14 Nähte. Heilung vollständig; Menstrualblut kam 2 Mal regelmässig durch die Urethra. Nach 10 Wochen trat wieder unwillkürlicher Urinabgang durch die Scheide ein, die vermeintliche Fistel, die trotz aller Bemühung nicht heilen wollte, stellte sich dann als die Mündung eines Ureters in die Scheide heraus. Es wurde nun versucht, die Harnleiter-Scheidenfistel in eine Blasenscheidenfistel umzuwandeln. Es gelang jedoch nicht, es trat sofort enorme Kolik, Erbrechen u. s. w. ein, was erst nach Entleerung des Urins durch die Scheide nachliess; wahrscheinlich war der Ureter durch eine Naht comprimirt worden. Nach 4 Monaten erneuter Versuch der Operation, die jedoch ebenfalls nicht vollständig gelang.

3) und 4) Einfache Blasenscheidenfisteln nach Zangenentbindungen, die nach der ersten Operation heilten.

5) 47jährige Frau. Durch ein zu lange getragenes und schlecht sitzendes Pessar war eine oberflächliche Blasen-Gebärmutterfistel entstanden. Nach der ersten Operation blieb noch eine kleine Fistel dicht an der vorderen Muttermundlippe, nach der zweiten Operation Heilung. **Schellenberg** (Leipzig).

26. A. Herrgot (Nancy). Zwillingsschwangerschaft als Ursache von Vorfällen und complicirter Lage.

(Annales de Gynécologie 1879. Juli.)

Trotz des genauen Studiums der Zwillingsgeburten sind einige Complicationen noch nicht genügend gewürdigt. Verf. will hierzu einen Beitrag liefern.

27jährige Frau. Schwangerschaft, bis auf Beschwerden in Folge der grossen Ausdehnung des Abdomens, normal. Einige Tage vor Eintritt der Geburt hörten die Kindsbewegungen auf. Nach 12stündigem Kreissen wird ärztliche Hülfe requirirt. Oedem der unteren Extremitäten und der Vulva. Form des Uterus sehr unregelmässig. Rechts ein hochstehender, bis zur Leber reichender Tumor, links ein ebensolcher tiefer stehend, ins Becken hinabreichend. Die durch Ergotin tetanisirten Uterinwände erschweren die Untersuchung sehr. Auscultation durchaus negativ. Innerlich fühlt man einen Kopf, ohne Geschwulst, die Knochen locker, nur die grosse Fontanelle zu erreichen; links von demselben gegen die Beckenwand angedrängt die Spitzen eines kleinen Theiles. Rechts und vorn eine grosse, schlaffe, pulslose Nabelschnurschlinge. Die Hebamme gab an, dass 2 Blasen gesprungen seien, die erste enthielt klares Fruchtwasser und mit ihm kam die Nabelschnur, die andere ergab ein grünlich verfärbtes Wasser. Nach 2 Stunden war die Geburt etwas fortgeschritten, man konnte nun ausser der grossen Fontanelle deutlich das Gesicht fühlen und den kleinen Theil als eine Hand erkennen. Forceps, leichte Entwickelung eines faultodten Kindes. Die Nabelschnurschlinge gehörte nicht zu demselben, sondern zu einem zweiten, das sich in Fusslage präsentirte und extrahirt wurde; es war frisch abgestorben. Wochenbett normal. Der Fall ist in mehrfacher Beziehung interessant, einmal wegen der Schwierigkeit der Diagnose und wegen des Zustandekommens dieser eigenthümlichen Complication, die als sehr selten anzusehen ist. Man muss sich denken, dass zu einer Zeit, im Anfang der Geburt, die beiden Eier in gleicher Höhe über dem Becken gestanden haben. Der plötzliche Blasensprung des einen, womit die Nabelschnur desselben vorfiel, gestattete dem andern, dessen Kopf vorlag, in das Becken einzutreten.

Schellenberg (Leipzig).

27. Houel und **Chambard** (Paris). Congenitale Ichthyosis.

(Mittheilung in der Société anatom. zu Paris. — Progr. méd. 1879. No. 22.)

Houel beobachtete ein am normalen Ende der Schwangerschaft geborenes Kind gesunder Eltern, welches von beträchtlicher Hypertrophie der Haut befallen war. Dieselbe war in Form verschieden gestalteter, von normalen Hautpartieen umgrenzter Plaques über den Rumpf und die oberen, in geringerem Grade über die unteren Extremitäten verbreitet. Die von Chambard angestellte mikroskopische Untersuchung ergab, dass die erwähnte Hypertrophie einzig durch Wucherung des Stratum corneum der Epidermis zu Stande kam, während die übrigen Schichten der Haut sich nicht daran betheiligten.

Engelhorn (Winnenthal).

28. L. Atthill (Dublin). Grosser Blasenstein bei einer Frau.

(Medical Press 1879. Januar 22.)

Pat. hatte 10 Jahre an Blasenbeschwerden gelitten; erst bei der Aufnahme ins Rotunda Hospital wurde der Stein entdeckt. Die Harnröhre wurde mit 4 Laminariastiften erweitert und der Versuch gemacht, den Stein mit einem kleinen Lithotryptor zu zertrümmern. Doch scheiterte dies an der Härte des Steines. Zwei Tage darauf wurde der Stein mit einem stärkeren Instrument gefasst, doch war Zertrümmerung unmöglich, daher wurde er mit einer kleinen Abortzange durch die dilatirte Urethra entfernt. Anfangs erfolgte 1 Woche lang Incontinenz, bei der Entlassung 2 Stunden lang Continenz. Der Stein hatte etwa die Grösse einer Wallnuss.

Underhill (Edinburg).

29. Thomas Laryton (New-Orleans). Phosphatstein aus einer Cyste der vorderen Scheidenwand spontan ausgeschieden.

(New-Orleans med. and surg. Journ. 1878. August.)

Verf. fand zufällig bei der Digitaluntersuchung einer 49jährigen Frau, Mutter von 9 Kindern (das letzte vor 17 Jahren), welche ihn wegen unbestimmten Unterleibsschmerzen consultirte, eine erbsengrosse Hervorragung hoch oben an der vorderen Scheidenwand, welche bei späterer Specularuntersuchung auf Bohnengrösse gewachsen war, wie eine Granulation aussah, und in deren Mitte der Finger einen harten, beweglichen Körper entdeckte. Verf. hatte keine Zange bei sich und versuchte den Körper mit dem Finger zu enucleiren, was ihm nicht gelang. Zwei Tage später ging der Körper beim Uriniren spontan ab, und erwies sich als ein ovaler, dunkelfarbiger, stellenweise maulbeer-ähnlicher Stein, der 2,5 cm Länge und etwa 1,75 cm Durchmesser hatte, und 5,55 g wog. Die chemische Untersuchung erwies nur phosphorsauren Kalk. Verf. glaubt sich berechtigt, die Annahme einer Durchwanderung dieses Steines von der Blase her, in Anbetracht der chemischen Zusammensetzung und des Mangels von Blasensymptomen, abzuweisen, und den Calculus für ein in einer Scheidencyste (ähnlich wie Speichelsteine) entstandenes Product zu halten. Eine genaue Durchsicht der Literatur, soweit sie Verf. zugänglich war, erweist keinen Fall eines ähnlichen Scheidensteines.

P. F. Mundé (New-York).

30. Depaul (Paris). Rachitisches Becken. Kaiserschnitt. Todtes Kind.

(Mitgetheilt im Namen des Herrn Bailly in der Académie de méd. zu Paris. — Progr. méd. 1879. No. 21.)

Eine 27jährige Frau, welche vor 4 Jahren spontan geboren hatte, kam im März 1879 zum zweiten Mal zur Geburt. Ueber das Becken findet sich nur die Angabe, dass es rachitisch war und die Conjugata 6 cm betrug. Kaiserschnitt bei noch wenig erweitertem Muttermund, wegen Erschöpfung der Frau und der genannten Beckenenge. Geringe Blutung. Keine Ligatur und Sutur am Uterus selbst, Abdominalwunde vernäht. Ungestörte Heilung und langsame Reconvalescenz.

Engelhorn (Winnenthal).

31. Maygrier (Paris). Extrauterinschwangerschaft von 17monatlicher Dauer. Durchbruch nach dem Darme; Gastrotomie; Tod.

(Annales de Gynécologie 1879. Juli.)

33jährige Frau, letzte Menses Ende December 1877. Erste Kindsbewegungen April. Während der ganzen Schwangerschaft öfter mehr oder weniger heftige Schmerzanfälle mit Erbrechen. Im August wehenartige Schmerzen, sie glaubt sich in der Geburt, ein Arzt constatirt fötale Herztöne. Die Wehen hören auf, keine Kindsbewegungen mehr, Befinden gut. Dieser Zustand dauert bis Januar 1879, da treten Fieber und Fröste auf, die Operation wird vorgeschlagen. Pat. kann sich nicht dazu entschliessen und zögert. Peritonitische Erscheinungen, Allgemeinzustand sehr schlecht, Abgang jauchiger Massen durch das Rectum. Operation am 21. März. Es gelang nicht, den ganzen Inhalt der Cyste zu entleeren, desinficirende Ausspülungen, Drainage, Lister'scher Verband. Tod am 28. März. Section nicht gestattet.

Schellenberg (Leipzig).

32. Ribemont (Paris). Extrauterinschwangerschaft; Tod des Fötus; Gastrotomie; Heilung.

(Annales de Gynécologie 1879. Juli.)

Pat., 21 Jahre alt, vor 4 Jahren normal geboren, letzte Menses August 1876. Anfang Februar erste Kindsbewegungen. Zu verschiedenen Zeiten traten heftige Schmerzanfälle im Abdomen auf, Anfang März hörten die Bewegungen auf, das Ei wurde kleiner und Pat. hatte das Gefühl eines hin und her fallenden fremden Körpers. Anfang April gingen unter heftigen Schmerzen mehrere Stücke einer graulichen fleischähnlichen Masse aus den Genitalien ab, sie glaubte sich in der Geburt. Die Untersuchung ergab einen Tumor von der Grösse eines 5 Monate schwangeren Uterus. Die Gebärmutter, nach links gedrängt, zeigt einen offenen äusseren Mutter-

mund. Blutiger Ausfluss. Anfall von Peritonitis, der sich mehrfach wiederholt. Am 9. August Abgang der Nabelschnur durch das Rectum. Hektisches Fieber. Gastrotomie. Nach Eröffnung des Sackes Entfernung des Fötus, Ausspülung mit 5% Carbolsäure, die obere Hälfte der Wunde wurde durch Nähte geschlossen. Listerscher Verband. Unter täglichen desinficirenden Ausspülungen granulirt der Sack allmälig zu, Pat. erholt sich, am 16. October Entlassung.

Schellenberg (Leipzig).

33. **Deschamps** (Paris). Extrauterinschwangerschaft. Durchbruch nach dem Darme; Extraction des Fötus; Heilung.

(Annales de Gynécologie 1879. Juli.)

Pat., 28 Jahr alt, einmal normal geboren, letzte Menses Mitte April 1878. Während der nächsten Monate verschiedene Anfälle von Peritonitis (einmal nach Einlegung eines Pessars). Am 21. Februar 1879 plötzlich heftige Diarrhoe, Abgang von jauchigen Massen, Aufnahme in das Hospital. Aus dem Anus hängt ein Bein, folgt man der Masse, so kommt man 7—8 cm über dem After in eine circa 3 cm breite Oeffnung, die von fötalen Theilen ausgefüllt ist. Ein Tumor füllt das kleine Becken aus. Der Uterus hoch hinter der Symphyse. In der Narkose Extraction des Fötus nach Verkleinerung des Schädels. Desinficirende Ausspülungen. Heilung.

Schellenberg (Leipzig).

34. **Breisky** (Prag). Casuistische Mittheilungen.

(Prager med. Wochenschrift 1879. No. 29.)

(Vorgetragen im Verein deutscher Aerzte in Prag 4. Juli 1879.)

Redner berichtet: 1) Einen Fall von Operation einer rechtsseitigen Parovarialcyste bei einer kinderlosen 21jährigen Frau. 13 Liter hellgelbe, spontan nicht gerinnende Flüssigkeit wurden entleert. Die Innenwand der Cyste zeigte eine eigenthümliche Runzelung, herrührend von dem Vorhandensein eines äusseren Stratums glatter Muskeln. Stiel mit Drahtschnurschlinge und Acupressur versorgt. Heilung.

2) Bei einer 28jährigen Frau, die 3 Mal geboren, fand sich ein doppelseitiges Kystoadenom mit intraligamentöser Entwicklung. Schwierige Ausschälung des Beckentheils der Geschwulst mit zahlreichen Unterbindungen. Tod am 7. Tage an Sepsis ohne diffuse Peritonitis.

3) Bei einer 54jährigen Frau wurde ein colossales rechtsseitiges Cystoadenom constatirt. Operation ohne vorherige Punction, Stiel $1^1/_2$ Mal um die Achse gedreht; wird mit 2 Drahtschlingen und der Acupressurnadel in den unteren Wundwinkel befestigt; aseptischer Verlauf.

4) Hochgradige acquirirte Stenose der Vagina.

Eine 22jährige Frau hatte mit 6 Jahren ein acutes Exanthem durchgemacht Menses 4wöchentlich spärlich; nach der Verheirathung Unmöglichkeit der Vollziehung des Coitus. Scheideneingang bis auf eine sondengrosse Oeffnung verschlossen; 2 cm davor erbsengrosse Vaginalfistel, Dilatation mit Sonden verschiedener Stärke, dann mit Ellinger's Dilatatorium bis zu dem Retentionsraum im fornix vaginae, aus dem sich eine Tasse blutiger Jauche ergiesst. Dilatation und Desinfection mit einem Hartgummidrain. Bald Heilung.

5) Hämatometra und Hämatokolpos lateralis.

25jährige Frau, die seit einer Unterleibsentzündung im 16. Jahre 4wöchentlich bei der Regel heftige Schmerzanfälle erlitt. Uteruskörper nach links abweichend mit zugehöriger Portio, ausserdem ein weicher in die Vagina cylindrisch sich vorwölbender Tumor, rechts daneben. Nach einer Untersuchung spontaner Durchbruch in den Cervix, darauf Spaltung des vaginalen Septums, keine Ausspülung, äusserlich Chlorwasserlappen. Nächste Menses fast schmerzfrei. Es handelte sich um Uterus bicornis septus unicollis.

Fehling (Stuttgart).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S. (Margarethenstrasse 5), an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart (Alleenplatz 3), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling und **Dr. Heinrich Fritsch**

in Stuttgart. in Halle a/S.

Dritter Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 15 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

N⁰. 19. **Sonnabend, den 13. September.** **1879.**

I. Operative Casuistik.

Von

Heinrich Fritsch.

3. Operation einer Blasenscheidenfistel bei Fehlen von zwei Drittel der Harnröhre.

Frau N. N. war am 13. December 1877 entbunden. Das Kind hatte mit dem Steiss vorgelegen. Der gerufene Arzt musste die verzögerte Geburt mit dem stumpfen Haken beenden. Das Kind war todtgeboren. Fieber, putride Lochien stellten sich ein. Viele Fetzen gingen spontan ab, wurden herausgespült und mit Finger oder Pincette entfernt. Am 3. Tage p. p. unwillkürlicher Urinabgang. Nach 3 Wochen stand Pat. auf. Der Ehemann, ein Bandagist, besorgte in der allersorgfältigsten Weise alle ärztlichen Anordnungen. Minutiöse Sauberkeit schützte die Frau vor Excoriationen und Vaginitis. Sehr sinnreiche, selbstconstruirte Urinarien machten die Reise nach Halle möglich.

Ich fand in der Patientin 6 Monate post partum eine kleine, kräftige, gesunde Frau mit deutlichen Spuren von Rachitis. Innere Beckenausmessung war wegen der kurzen Vagina unmöglich.

Die Verhältnisse in der Vagina waren folgende:

Beim Auseinanderklappen der Vulva wird zunächst eine hochrothe, apfelgrosse Geschwulst bemerkt: die prolabirte Blasenschleimhaut. Nachdem sie zurückgedrückt und durch ein Bozeman'sches Speculum ohne oberen und Damm-Theil die Vagina eröffnet war, zeigte sich die Fistel halbmondförmig. Die Basis war circa 4 cm breit. Die höchste Höhe des Bogens lag gerade in der Mitte und war 2,7 cm hoch. Ungefähr $1^1/_2$ cm über der unteren Harnröhrenmündung durchzog die Vagina eine quere Narbe von so bedeutender Länge, dass die Enden hinten höchstens 2 cm auseinander standen. Diese Narbe war absolut fest mit der vorderen Beckenwand verbunden und rollte die ganze untere Hälfte nach innen gegen den Knochen zu, so dass der obere Theil der Harnröhre in der Narbe verschwunden war. Als ich mit dem Katheter die Harnröhre untersuchte, erschien sie zuerst völlig stricturirt. Namentlich in die Narbe hinein war nicht, trotz bedeutender Kraftanstrengung, vorzudringen. Doch gelang es beim Zurückziehen und wieder Vorschieben dicht unter der Narbe eine Oeffnung anzulegen; jedenfalls die Stelle, von welcher der obere Theil der Harnröhre entweder abgerissen oder durch Gangrän verloren gegangen war. Während also ein unterer Fistelrand nicht existirte, da dieser Rand eingerollt mit dem Knochen fest verwachsen war, stellte der obere Rand einen Bogen dar, dessen seitliche Enden mit der Narbe einen spitzen Winkel bildeten, und dessen höchster Punkt an der vorderen Muttermundslippe lag, an ihr hing noch ein Saum von circa $^1/_2$ cm Scheidenwand, dick, weich, leicht blutend. Der Uterus war durch den Substanzverlust und die Narbencontraction in der Scheide herabgezogen, fasste man ihn mit der Pincette, so liess er sich ohne jede Schmerzensäusserung der Patientin und ohne irgend welche Zerrung leicht über den Defect hinüberlegen. Wurde der apfelgrosse Prolaps, der invertirte Blasenfundus, zurückgebracht, so war die Blase zunächst noch klein, aber man konnte sie doch an der vorderen Uteruswand nach oben stülpen.

Es lagen zwei Möglichkeiten vor, die Operation zu machen:

Zunächst konnte man den Lappen von der Symphyse abtrennen und an diesen abgetrennten Lappen den oberen Fistelrand annähen. Dann hätte man in der Narbe mit dem Troikart oder durch Plastik den oberen Theil der Harnröhre künstlich herstellen und später die neue Harnröhre mit der alten in Continuität bringen müssen. Oder man konnte den oberen Fistelrand über die Narbe hinwegziehen — diese also überbrücken — und dicht unter der vorhandenen oberen Harnröhrenmündung annähen.

Bei der Operation zeigte sich nur der zweite Weg als möglich. Die Narbe war steinhart, knirschte bei jedem Schnitt, der Schnitt klaffte nicht und blutete nicht, eine Dehnung war unmöglich. Auch keine

Spur von dem oberen Theil der Harnröhre war zu finden. So wählte ich den zweiten bequemeren Weg, den auch die Autorität Hegar's empfiehlt[1]. Jedenfalls war nichts verschlechtert, wenn auch das kurze Stück Harnröhre nicht im Stande war die Blase zu verschliessen.

Bei der Anfrischung konnte nicht methodisch verfahren werden, ich musste mich den gegebenen Verhältnissen anpassen. An den Seiten zu beiden Seiten der Narbe wurde $1^1/_2$ cm breit die Schleimhaut abgetragen. Hier war ein »Abpräpariren« unmöglich, es wurden die oberen Schichten mit dem Messer weggeschnitten. Da aber die angefrischte Fläche sehr gross und wegen der tiefen Einziehung der Narbe leicht aneinandergelegt werden konnte, waren die Chancen für die prima intentio nicht schlecht. In der Mitte der Narbe musste steil trichterförmig angefrischt werden. Zur Naht gebrauchte ich Seide. Die Schleimhaut der Blase wurde sowohl bei der Anfrischung als der Naht geschont. 10 Nähte mussten angelegt werden. Die an den Seiten liegenden Nähte befanden sich nach Entfernung des Speculums an der hinteren Fläche der Scheide. Die Vereinigung war wegen des tiefen Standes und der Beweglichkeit des Uterus leicht. Nach Anlegung von je 3 seitlichen Ligaturen lagen die Wundränder in der Mitte schon aneinander. Eine Zerrung fand jedenfalls nicht statt.

Nunmehr schob ich ein kurzes Gummirohr in die Harnblase, theils um die obere Harnröhrenmündung auseinander zu halten, theils um jede Ansammlung von Urin in der kleinen Blase zu vermeiden. Das Gummirohr trug nur oben einige seitliche Löcher, der in der Harnröhre liegende Theil war intact. Der Urin tropfte gut ab. Die Vagina wurde 2 Mal täglich ausgespült. Am 5. Tage entfernte ich einige Nähte, am 6. die Drainageröhre, es wurde 3stündlich katheterisirt. Am 7. Tage früh entfernte ich die letzten Nähte und überliess das Katheterisiren der Krankenwärterin. Am Abend des 7. Tages ging etwas Blut beim Katheterisiren ab. Die Pat. gab an, dass das Katheterisiren sehr geschmerzt habe. In der Nacht stellten sich enorme Blasenkrämpfe ein, die trotz Morphium nicht cessirten. Plötzlich hatte die Patientin das Gefühl, als ob etwas in der Scheide risse, ein apfelgrosses Blutcoagulum wurde ausgestossen, und als ich eine Stunde später untersuchte, fand ich die Fistel in der Mitte aufgeplatzt. Nach Reinigung der Scheide liess sich zunächst über die Grösse des Loches wegen der Wulstung und Infiltration der Ränder nichts Genaues constatiren. Jedenfalls waren die ganzen seitlichen Partien erhalten, der Uterus unten, und der Blasenprolaps reponirt geblieben.

Pat. reiste schon nach 2 Tagen ab. Der Ehemann musste täglich 2 Mal einen starken Katheter einführen, um das obere Ende

[1] Hegar und Kaltenbach: Operative Gynäkologie. p. 350.

der Harnröhre offen zu erhalten und für sorgfältigste Reinlichkeit sorgen.

Eine zweite Operation misslang. Ich suchte die Fistel nach amerikanischer Anfrischungsmethode zu vereinigen. Schon nach dem Nähen machte ich mir keine Illusionen, die vordere Muttermundslippe sass unmittelbar über der äusseren Harnröhrenmündung, somit war die Zerrung ziemlich bedeutend.

Schon am 2. Tage rissen die Fäden aus.

Nach 4 Wochen wurde eine neue Operation vorgenommen, wäre sie nicht gelungen, so würde ich aus dem Labium einen grossen Lappen geschnitten und mit ihm den Verschluss der Fistel versucht haben.

Bei der dritten Operation wurde die Fistel sehr ausgiebig ganz steil ausgeschnitten. Dabei wurde ein Stück der Muttermundslippe entfernt, denn der Rest der Scheidenwand war hier völlig verloren gegangen. Auch unten schnitt ich dicht an der Harnröhre eine tiefe Rinne in das Gewebe. Allerdings waren die zu vereinigenden Wundflächen beiderseitig kaum $^1/_2$ cm breit aber beide bestanden aus durchaus gesundem, stark blutendem Gewebe. Mit der Pincette liessen sich beide leicht gegen einander drängen. Die Naht wurde natürlich sehr sorgfältig angelegt. 5 Silkworm-Nähte, welche die Blasenschleimhaut mit fassten, vereinigten die Fistel. Wieder wurde, wie früher, ein kurzes Gummirohr eingelegt.

Nachdem am 10. Tage die Nähte entfernt waren ging zunächst noch etwas Urin durch die Scheide ab, dann aber schloss sich auch dies kleine Loch spontan und die Heilung war »theoretisch« erzielt.

Aber trotzdem war die Patientin zunächst kaum gebessert, selbst im Liegen floss Urin durch die Harnröhre spontan ab. Nur sehr allmälig stellte sich die Continentia urinae wieder her. Konnte die Pat. auch Nachts schon nach 2 Wochen den Urin halten, so floss er doch Tags nach $^1/_2$ Stunde schon ab. Bei der geringsten Anstrengung der Bauchpresse beim Stuhlgang, Spazierengehen etc. ging der Urin wie früher durch die Fistel ab.

Nach circa 4 Wochen aber fühlte Pat. deutlich Urindrang, und von Woche zu Woche besserte sich der Zustand, so dass nach 4 Monaten Pat. absolut gesund war, den Urin stundenlang halten und im kräftigsten Strahle, wie früher, entleeren konnte. Da die letzte Operation ein Jahr vorüber ist, so ist jedenfalls dauernde Heilung erzielt.

Jetzt befindet sich die Portio auf dem Harnröhrenwulst, die Blase selbst aber ist wieder völlig ausdehnbar.

In diesem Falle besteht also die jetzige Harnblase nur ungefähr aus der anatomischen Hälfte der Blase. Der vordere untere Theil ist verloren gegangen. Unten liegt ein Stück nach innen gerollte und an der Symphyse fixirte Scheide nebst $^2/_3$ atretisch verschwundener Harnröhre in der Blase. An der Stelle der Blasenscheidenwand liegt der Uterus. Die jetzige Harnröhre ist höchstens 1,25 cm lang. Die

innere Oeffnung ist das obere Ende des erhaltenen Theils der Harnröhre. Die noch vorhandenen Fasern des Sphinkter haben allmälig so an Kraft gewonnen, dass sie für den ganzen Sphinkter fungiren. Man hat das auch — mehr kurz als richtig — genannt: es bildet sich ein neuer Sphinkter.

Zum Schluss bemerke ich, dass ich mit Hülfe meiner Damm- und Beinhalter die Operation ohne Assistenz ausführte.

Halle, den 27. August 1879.

II. Eine Fünflingsgeburt.

Von

Dr. **Volkmann** in Kettwig a. d. R.

Frau Schorn, 26 Jahr alt, stammt aus gesunder Familie, in der bereits 2 Mal Zwillingsgeburten vorgekommen sind. Sie wurde im 18. Lebensjahre zum ersten Mal menstruirt und hatte von da ab ihre Periode regelmässig aller 3 Wochen. Im 19. Jahre kam Frau S., im ersten Jahr der Ehe, mit einem mittelstarken Kind weiblichen Geschlechts nieder. Die Geburt verlief in Schädellage leicht und normal. Ein zweites Kind, ebenfalls weiblichen Geschlechts, wurde nach 4 Jahren geboren, und auch diese Geburt verlief leicht und schnell. Anfang März dieses Jahres trat angeblich die letzte Menstruation ein. Im zweiten Monat der Schwangerschaft traten sehr starke gastrische Beschwerden auf, welche die Schwangere veranlassten ärztliche Hülfe in Anspruch zu nehmen. Im dritten Monat stellte sich nach Angabe der Wöchnerin eine ziemlich starke uterine Blutung ein, die sich späterhin, wenn auch nur in geringem Grade, mehrfach wiederholte. Schon um diese Zeit begann das Abdomen sich in ungewöhnlicher Weise auszudehnen, während die Beschwerden, namentlich die Störungen seitens der Verdauung der Schwangeren, sich auf das lästigste fühlbar machten. Die etwa im Beginn des 5. Monats zuerst verspürten Kindsbewegungen waren und blieben sehr schwach, wurden aber von der Schwangeren immer an verschiedenen Stellen gleichzeitig verspürt. Nachdem der Leib sich in der letzten Zeit in ganz enormer Weise ausgedehnt hatte, traten am 11. August Abends die ersten Wehen auf. Dieselben wurden am 12. regelmässig und kräftig, so dass die hinzugerufene Hebamme gegen 11 Uhr Morgens den Muttermund thalergross erweitert und über demselben einen sehr kleinen noch stark ballotirenden Kopf fand. Bei der äusseren Untersuchung fühlte sie in der rechten Seite mehrere kleine Fruchttheile. Die Wehen hielten in wechselnder Intensität den Tag über an, bis gegen $9^1/_2$ Uhr Abends das erste Wasser abging, wonach unmittelbar das erste Kind in Schädellage sehr schnell geboren wurde. Bei der sofort angestellten Exploration fand sich die zweite Blase bereits prall gestellt. Mit der nächsten Wehe wurde sie gesprengt und zu-

gleich das 2. Kind ebenfalls in Schädellage in toto herausgetrieben. In ganz derselben Weise wiederholte sich der Vorgang beim dritten Kind, wonach die stürmischen Wehen etwas pausirten. Da die Ausdehnung des Uterus auch jetzt noch eine sehr beträchtliche blieb, wurde zu mir geschickt, angeblich »um die Nachgeburt zu entfernen«. Als ich nach wenigen Minuten eintraf, war nach Wiedereintritt von kräftigen Wehen soeben das 4. Kind ebenfalls nach vorheriger Stellung der Blase in Schädellage geboren und im Moment, als ich an das Bett der Kreissenden trat, wurde die 5. Frucht in den unzerrissenen Eihäuten mit seiner Placenta förmlich herausgeschleudert. Eine unmittelbar sich anschliessende Wehe beförderte noch 2 Placenten eine grosse und eine kleine heraus. Die Geburt dauerte, inclusive einer nach Geburt der dritten Frucht eintretenden Pause im Ganzen nicht länger als ca. $^1/_2$ Stunde. Irgend eine manuelle Beihülfe war nicht nöthig. Der stark vergrösserte und ausgedehnte Uterus contrahirte sich sofort sehr kräftig, so dass auch nicht die mindeste Nachblutung stattfand. Die Wöchnerin selbst war durchaus nicht mehr erschöpft, als nach einer einfachen Geburt und nur psychisch über das ungewöhnliche und ungeahnte Ereigniss etwas deprimirt.

Eine nähere Besichtigung der Kinder ergab, dass dieselben der Grösse und Ausbildung nach nur ca. der zweiten Hälfte des 7. Schwangerschaftsmonats entsprachen. Sie waren sämmtlich wohlgeformt. Die vier zuerst geborenen Kinder waren männlichen Geschlechts und von fast gleicher Grösse (35 cm lang). Die Haut war schlaff, roth, ohne Fettpolster, die Bewegungen bei meiner Ankunft nur noch schwach. Die fünfte Frucht war weiblichen Geschlechts und machte, wiewohl sie mehrere cm kleiner war als die übrigen, doch ziemlich lebhafte Bewegungen und schrie auch mit verhältnissmässig kräftiger Stimme. Sämmtliche Kinder starben schon nach kurzer Zeit; am längsten (5 Stunden) lebte das zuletzt geborene Mädchen.

Bezüglich der Eihüllen und Placenten konnte Folgendes constatirt werden.

Die ersten 3 Früchte stammten aus einem Ei. Die 3 Placenten hingen unter sich zusammen. Es war nur ein Chorion vorhanden. Innerhalb der gemeinsamen Fruchthöhle verliefen zu der Placenta drei gesonderte Nabelschnuren, wie sich aber aus den noch bestehenden bei der Entbindung zerrissenen Septis erkennen liess waren ursprünglich drei gesonderte Amnionhöhlen vorhanden gewesen. Das vierte und fünfte Kind stammte aus 2 verschiedenen Eiern, denn die Placenten waren sowohl von einander als von der grossen Placenta der 3 ersten Kinder völlig getrennt.

Demnach sind also unzweifelhaft 3 Eier gleichzeitig befruchtet, von denen das eine 3 Keime, die beiden andern je einen Keim enthielten.

Das Wochenbett verlief vollständig normal. Der Uterus involvirte sich sehr schnell, die Lochien boten weder qualitativ noch quantitativ irgend etwas Bemerkenswerthes dar, und bereits am 12. Tage

konnte die Wöchnerin das Bett verlassen. Dieselbe erfreut sich, wie ich mich zu überzeugen Gelegenheit gehabt habe, bis zum heutigen Tage eines vortrefflichen Wohlbefindens.

---

1. **Winckel** (Dresden). Die Pathologie der weiblichen Sexual-Organe etc.

Leipzig, **S. Hirzel,** 5. und 6. Lieferung.

Auch die nächsten 2 Hefte verdienen alles Lob, welches die ersten Hefte beanspruchen durften. Es werden Retroflexionen, Ovarialcysten und Uteruscarcinome abgebildet.

Verf. stellt sich mit Entschiedenheit auf die Seite derer, die das Wesen des pathologischen Zustands bei Retroflexio in der Lageveränderung suchen. »Trotz vorhandener entzündlicher Erscheinungen ist die Reposition und Retention die Hauptsache.« Hierauf geht Verf. die Erscheinungen bei Retroflexio durch: Dysmenorrhoe, Menorrhagie, Impotentia concipiendi und gestandi, Fluor, Schmerzen (Knickung der Ureteren ist unwahrscheinlich), Obstruction etc. Die lähmungsartige Schwäche der Beine hält Verf. mehr für irradiirt, und glaubt nicht an directe Druckwirkung, da ja der Uterus kaum beiderseitig drücken kann. Der Einfluss der Gravidität ist meist ein schädlicher. Retroflexionen können angeboren sein. Auch Winckel sah mehrere Fälle, die Verdünnung der einen Wand beobachtete er ebenfalls, doch hält er einen von ihm gemachten Fund für besonders wichtig. W. fand das Rectum nicht hinter dem Uterus, sondern rechts daneben, so dass der Uterus, namentlich bei stärkerer Füllung der Blase, nach hinten links geknickt werden konnte. So entstehen vielleicht bei länger dauernder Anstrengung der Bauchpressen (Obstruction) Retroflexionen im Kindesalter. Wichtig sind für die Aetiologie Aborte, der Descensus und Prolapsus uteri, Schrumpfung von Exsudaten, die den Uterus hinten fixiren, Geschwülste, Blasendilatation, Substanzverluste der vorderen Lippe durch Vernarbungen. Hierauf folgt eine Tabelle über 250 Fälle, aus der hervorgeht, dass Flexionen häufiger als Versionen, beide aber sehr häufig sind; Praedilectionszeit: 30.—40. Jahr. Die Retroflexionen betreffen in der überwiegenden Mehrzahl Frauen, die geboren haben.

Die Zahl der Aborte ist ungewöhnlich gross, Ovarialtumoren und Prolapsus uteri sind häufig complicirt. Anämische Zustände sind in 26 % constatirt. Bei der Diagnose spricht sich der Verf. im Allgemeinen gegen die Anwendung resp. Nothwendigkeit der Sonde aus, wendet sie aber an, um die Diagnose der Adhäsionen zu stellen resp. zu demonstriren, auch bei der Reposition wird sie gebraucht. Um den Uterus reponirt zu erhalten, werden die Hodge'schen und Schultze'schen Ringe gebraucht und ihre Anwendung genau beschrieben. Mit den Schultze'schen Pessarien kommt Verf. fast immer aus. Stifte brauchte er nur bei starken Dysmenorrhoen, bei Virgines und in sehr hartnäckigen Fällen. Nachcur und innere Me-

dication sind gebührend gewürdigt. Sehr instructiv ist die beigegebene Tafel, namentlich zeigt sie deutlich die Adhäsionen und die Lage und Form der Portio in ihrer Beziehung zur Vagina.

Die nächsten beiden Tafeln sind den Ovarientumoren gewidmet. Von allen Formen bringt der Verf. Abbildungen, namentlich ein Unicum, eine doppelte angeborene Eierstocksgeschwulst.

Auch ein zu einer Cyste degenerirtes 3. Ovarium wird abgebildet.

Die letzte Tafel dieses Heftes zeigt das Präparat eines sehr seltenen ausführlich mitgetheilten Falles von Dermoidkystom und Medullarcarcinom des rechten Ovariums. In diesem Falle war, wie ebenfalls auf dem Bilde sehr schön zu sehen ist, nach galvanokaustischer Abtragung der Portio eine Atresie der Portio entstanden.

Das nächste Heft ist ausschliesslich dem Uteruscarcinom gewidmet. Nach einer bis zu den ältesten Quellen aufsteigenden historischen Auseinandersetzung geht Verf. zur Eintheilung der Carcinome des Uterus über. Es wird die cancroide Papillargeschwulst, das flache Cancroid des Cervix, das parenchymatöse oder infiltrirte Uteruscarcinom, primäre Carcinom des Uteruskörpers und das secundäre Uteruscarcinom unterschieden. Für alle Formen bringt der Verf. schöne Bilder. Namentlich einen ausgezeichneten Fall von Carcinoma corporis mit Durchbruch des Fundus. Auch die nächste Tafel, ein secundärer Peritonealkrebs des Uterus, der Ovarien und Eileiter, ist ein glänzender Beweis für die Vortrefflichkeit der Abbildungsmethode.

Zum Schluss bekämpft Verf. die Cohnheim'sche Theorie,. wenn sie auch nicht vollkommen verworfen wird, so wird doch die Cohnheim'sche Beweisführung, durch welche er seine Theorie stützen wollte, angegriffen. Verf. hält daran fest, dass ein Trauma von Wichtigkeit ist, und dass Heredität durchaus nicht so häufig gefunden werde, als man gewöhnlich annimmt. Auch die Tafeln dieser 2 Lieferungen sind ein ausgezeichnetes Lehr- und Lernmaterial.

Fritsch (Halle a/S.).

---

2. **V. Czerny** (Heidelberg). Zur Laparosplenotomie.

(Wiener med. Wochenschrift No. 13, 14, 15, 17.)

Verf. theilt als Ergänzung der Arbeit Nedopil's über diesen Gegenstand mit, dass A. Martin am 13. Mai 1877 schon eine Milzexstirpation mit glücklichem Erfolg ausgeführt hatte und dass auch Baker Brown die Operation einmal ausführte und die Kranke sich am Operationstisch verblutete.

Im Ganzen seien somit bisher 25 Laparosplenotomien mit 6 Heilungen bekannt geworden.

Verf. beschreibt nun ausführlich die zwei selbst operirten Fälle und den von A. Martin operirten Fall. Im ersten geheilten Falle wurde von Prof. Arnold einfache Hypertrophie diagnosticirt. Im zweiten ungünstig verlaufenen Falle war das mehrmals im Zeitraum von 5 Monaten untersuchte Verhalten der weissen zu den rothen Blutkörperchen wie 1 : 5, 1 : 3, 1 : 4. Bei der Operation fand man

Adhäsionen zwischen Diaphragma und Geschwulst, die stark bluteten. Bei der Section ist bemerkenswerth, dass bei Wasserinjection in die Aorta und Pfortader die Ligaturen wohl gut schlossen aber aus den durchrissenen und durchschnittenen Pseudomembranen grosse Mengen Wassers flossen. In dem dritten geheilten Falle von A. Martin handelte es sich um eine nur wenig vergrösserte Wandermilz.

Verf. berichtet weiter über das spätere Befinden (Péan 3 1/2 Monate, A. Martin über 1 Jahr, Czerny 6 Monate nach der Operation) der von Péan operirten Kranken. Die Operation hatte einen entschieden günstigen Einfluss. In beiden Fällen finden wir die Angabe, dass sich eine grosse Nervosität bis zur Furcht in der Nacht allein in einem Zimmer zu bleiben, einstellte; sonst zeigte sich keine wesentliche Störung in den Functionen, die auf die Entfernung des Organes sicher hätten bezogen werden können.

Zum Schlusse folgen noch einige wichtige Bemerkungen bezüglich der Diagnose, Indication und Technik der Operation mit anerkennender Erwähnung der Erörterungen Nedopil's. Verf. scheint nicht recht dafür zu sein die Operation aufzugeben, wenn Adhäsionen zwischen Diaphragma und Geschwulst vorhanden sind, sondern schlägt vor, vom Péan'schen Schnitt in der Mittellinie vom Nabel aus rechtwinkelig einen Schnitt nach aussen durch die Bauchwand zu führen und die Adhäsionen dadurch zugänglicher zu machen. Für die beste Stielbehandlung hält Verf. hier die Massenligatur der Gefässe des Lig. gastro-lienale mit desinficirter Seide und Versenkung der kurzgeschnittenen Ligaturen. **Bandl** (Wien).

---

3. **G. Braun** (Wien). Ueber Amputation des Uterus und der Ovarien als Ergänzung des Kaiserschnittes (Methode nach Porro).

(Wiener med. Wochenschrift 1879. No. 12, 13, 15, 16.)

Verf. stellte Eingangs die Fälle von Sectio caesarea zusammen[1]), die seit der Veröffentlichung von E. Porro nach dessen Methode ausgeführt wurden:

Späth, 22. Juni 1877, glücklich. Späth, den 3. Septb. 1877, †. C. von Braun, 5. Sebtbr. 1877, †. Chiara, Mailand, im Decbr. 1877, †. Previtali, Bergamo, im Decbr. 1877, †. Müller in Bern, den 4. Febr. 1878, glücklich. Wasseige in Lüttich, den 14. April 1878, glücklich. C. von Braun den 6. Mai 1878, glücklich Chiara in Mailand, im Mai 1878, †. Litzmann in Kiel, den 14. Juni 1878, nach Müller's Modification mit Herausheben des Uterus vor die Bauchwunde vor der Incision desselben, glücklich. Breisky in Prag, den 10. Juli 1878, glücklich. Riedinger in Brünn, im Septbr. 1878, glücklich. Tibone in Turin, im Jahre 1878, †. Wasseige in Lüttich, 1878, †. Peroglio in Brescia, 1878, glücklich. Chiara, Mailand, 19. Octob. 1878, glücklich.

[1]) Eine vollständigere Zusammenstellung s. Württemb. med. Correspondenzbl. 1879. No. 21. Red.

G. Braun, den 13. Decbr. 1878, bei einer sehr kleinen 30jährigen Erstgeschwängerten mit rachitischem Becken (Conj. vera 5,5; rechte Microchorde 5,5; linke Microchorde 6,5 cm) nach der Modification von Müller, †.

Zum Schluss zieht Verf. in Erwägung, ob man die Schnittflächen am Collum nicht durch Naht ähnlich vereinigen könnte wie dies Klotz nach Abkappung des Uterus bei Fibromen vorgeschlagen hat. Das in den Schnittflächen sorgfältig vereinigte Collum könnte man dann in die Bauchhöhle sinken lassen. **Bandl** (Wien).

---

4. **Thiede** (Berlin). Ueber das Verhältniss des Cervix uteri zum »unteren Uterinsegment«.

(Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäkologie Bd. IV. Hft. 2.)

Seit Küstner's Aufsatz im XII. Bande des Archivs für Gynäkologie hat die Frage betreffs der Betheiligung des unteren Abschnittes des Uterus an der Aufnahme des Eies in der letzten Zeit der Schwangerschaft bis zur Geburt keine eingehendere Besprechung erfahren.

Die genauen anatomischen Untersuchungen von 6 auf der Schröder'schen Klinik im Laufe eines Jahres beobachteten Fällen theilt Verf. aufs Eingehendste mit. Vier der Frauen waren Ipar., eine IIpar. und eine IVpar., die letztere und eine der Ipar., beides Fälle, in denen eine besondere Dehnung des unteren Uterinsegmentes stattfand, boten dieselben am meisten typisch. Verf. gelangt zu folgenden Schlussfolgerungen: Das untere Uterinsegment vom Müller'schen Ring an aufwärts hat entgegen Küstner, der es zum Cervix rechnet, seinen Namen mit Recht, denn T. fand es stets mit Resten der Decidua vera bekleidet, wesshalb er es zur Höhle des Corpus uteri rechnet. Müller'scher Ring und innerer Muttermund fallen in Verf.'s Präparaten zusammen. Die Cervicalschleimhaut macht in der Schwangerschaft bedeutende, jedoch nicht immer constante Veränderungen durch. Meist lassen sich zweierlei, in wechselndem Verhältniss zu einander stehende Zellschichten an ihr unterscheiden. Die blutige Infiltration des Cervixgewebes, die am unteren Uterinsegmente constant fehlt, fand Verf. bei allen seinen Präparaten. Der Deciduarest, den Verf. stets auf dem unteren Uterinsegmente traf, ist so charakteristisch gekennzeichnet, dass eine Unterscheidung desselben von der Schleimhaut des Cervix stets sicher möglich sein wird. Den Bildungsmodus des unteren Uterinsegmentes anlangend wird den Structurverhältnissen der Muskulatur bei diesem Vorgange eine eingehendere Betrachtung geschenkt werden als bis jetzt geschah. **Herdegen** (Stuttgart).

---

5. **v. Hecker** (München). Bericht über die Ereignisse in der Kreis- und Localgebäranstalt München im Jahr 1878.

(Bayrisches ärztliches Intelligenzblatt 1879. No. 26—28.)

Im abgelaufenen Jahr kamen 1107 Geburten vor, davon klinisch 497, für den Hebammenunterricht 360 verwerthbar; erstere Zahl be-

trachtet Verf. als zu klein, letztere (6 Geburten pro Schülerin) als genügend.

Verheirathete waren davon 13,18 % (0,2 mehr als im Vorjahr). Das Verhältniss der Erstgebärenden zu den Mehrgebärenden 100 : 111. In Berücksichtigung der Mehrgeburten (16 Zwillings-, 1 Drillingsgeburt) und des Abgangs durch Fehlgeburten sind 1125 Kinder notirt. Knaben: Mädchen wie 100 : 96.

Von den 1107 Geburten verliefen 1007 in gewöhnlicher Hinterhauptslage, 14 in Vorderscheitellage, 7 in Gesichtslage.

Unter den letztern ist folgender Fall bemerkenswerth.

Eine 21jährige I para hatte nach 28stündiger Geburt einen 3900 g schweren, asphyktischen, nicht belebten Knaben geboren. Dabei erfolgte ein Dammriss und atonische Blutung. Zugleich sah man, dass die vordere Muttermundslippe sich fast ganz gelöst hatte, so dass sie mit dem Ecraseur vollends abgelöst wurde. Normaler Verlauf.

Ueber die Aetiologie der Gesichtslagen liess sich wenig Sichres feststellen, 1 Mal war ein exquisit dolichocephaler Schädel.

Beckenendlagen kamen 32 Mal vor bei einfacher Geburt, dabei wurden 23 Kinder lebend geboren, 7 waren vor der Geburt abgestorben, 2 lebensunfähig. Schulterlage kam 15 Mal vor.

Bei einer VII para mit 2. Schulterlage war die Wendung auf den linken Fuss schwierig, nachdem das Fruchtwasser 4 Stunden vorher abgeflossen war, das Kind, ein 3950 g schwerer Knabe, zeigte eine Infraction des rechten Oberschenkels, an dem nicht gezogen worden war, wahrscheinlich durch Kreuzung mit dem andern.

Zwillingsgeburten kamen 16 Mal vor (21 Kinder in Kopflage, 9 in Beckenendlage, 2 in Querlage).

Hervorzuheben ist, dass eine 28jährige I para ein lebendes Mädchen (2250) gebar, und ausserdem ein schon länger abgestorbenes (2100); die Chorien waren natürlich getrennt.

Die Drillingsgebärende war eine 25jährige III para, sie gebar 2 Knaben und 1 Mädchen von zusammen 5600 g Gewicht, die 2 ersten Kinder in Schädellage, das dritte wurde bei Schädellage gewendet und extrahirt. 2 Placenten waren verwachsen mit gemeinschaftlichem Chorion (das Mädchen wurde übrigens zwischen den Knaben geboren). Die Nabelschnüre der Knaben waren marginal inserirt, nur das Mädchen (2000) wurde lebend entlassen.

Auffallend ist der geringe Procentsatz von engen Becken 1,3 %, meist platt rachitische Becken, die stärkste Verengung betrug 8 cm Conjugata vera. Bei diesen 14 Geburten war 9 Mal Kunsthülfe nöthig, dabei 5 Mal Wendung und Extraction, von den Müttern starben 2 an septischen Processen.

Einmal wurde bei einem in Folge von Nabelschnurvorfall abgestorbenen Kind nach der Perforation die Kranioklasie versucht, da dieselbe aber nicht zum Ziele führte, das Kind mit dem Kephalothrypter extrahirt.

In einem andern Fall wurde bei Nabelschnurvorfall die Wendung auf beide Füsse versucht, die Umdrehung des Kindes gelang wegen Contractur in der Gegend des Braune'schen Muttermunds schwer. Die auffallend leichte Extraction liess eine Ruptur befürchten, die auch sofort bei Wegnahme der Placenta an der rechten Cervixwand gefühlt wurde. Die Frau starb nach 11 Stunden im Collaps.

Die Section wies eine rechtsseitige bis ins Cavum peritonei dringende Uterusruptur nach mit beträchtlichem Bluterguss in den Bauchfellsack.

Eklampsie kam 3 Mal vor, 2 Mal leicht, 1 Mal schwer. Der Tod erfolgte an Metrophlebitis puerperalis.

Von Placenta prävia verliefen 2 Fälle bei Mehrgebärenden leicht. Bei einer 33jährigen I para ging trotz fortgesetzter Tamponade mit Wattestöpseln nach Spiegelberg fortgesetzt Blut ab, so dass der allgemeinen Anämie wegen bei markgrossem Os uteri zu Wendung und Extraction geschritten wurde. Die Etxtraction ging schwer, das Kind war todt. Mutter starb 10 Stunden post partum. Die Section wies einen Cervicalriss nach und eine für 9 Stunden auffallend rasche Putrescentia uteri.

Bei einem weitern Fall war Verdacht auf Placenta prävia hervorgerufen, indem bei einer III para die letzten 14 Tage 4—5 Mal heftige Blutungen eingetreten waren. Wehen traten mit Schüttelfrost und Erbrechen auf. Die Blutung wurde vorübergehend durch Kolpeurynter gestillt. Geburt ging dann schliesslich rasch. Bei der Placentarexpression ziemlicher Blutverlust, Pat. collabirte und starb 14 Stunden später. Das Kind starb ebenfalls 19 Stunden post partum, wie sich bei der Section ergab an vorzeitiger septischer Fäulniss, die auch bei der Mutter nachgewiesen wurde. Ursache unbekannt.

Bei atonischen Blutungen ergaben Heisswasserinjectionen von 40° R. befriedigendes Resultat.

Dammrisse kamen 6,7 % vor, meist Heilung durch Catgut. Von den gemachten Operationen ist zu erwähnen Zange, die unter 42 Fällen 1 Mal nothwendig war.

Nachgeburtsoperationen im Ganzen 22 = 2 %.

Gestorben sind 14 Wöchnerinnen = 1,35 %, davon 11 sicher septisch und eine an Ruptura uteri. Der Gesammtverlust der Kinder beziffert sich auf 7,4 %, vor der Geburt waren abgestorben 2,7 %, bei der Geburt 1,9, an Lebensschwäche 2,1 %.

Bei Syphilis congenita fand sich 2 Mal Verhärtung des Pancreas; faultodte Kinder sollen selten syphilitisch sein.

Fehling (Stuttgart).

---

6. **Röhrig** (Freiburg i/Br.). Experimentelle Untersuchungen über die Physiologie der Uterusbewegung.

(Virchow's Achiv Bd. LXXVI. p. 1.)

Die vom Verf. gewählte Methode ist die bekannte, von Schlesinger zuerst empfohlene. Die Kaninchen wurden schwach curarisirt und künstlich ventilirt. Vor grossen Dosen Curare muss man sich hüten, da diese die Erregbarkeit des Uterus herabsetzen, eine Beobachtung, die Ref. nur bestätigen kann.

Der 1. Theil der Arbeit beschäftigt sich mit der örtlichen Ermittelung des Bewegungscentrums für den Uterus. Elektrische Reizung des Grosshirns, Kleinhirns und der ganzen Medulla ergeben Uterusbewegungen, die um so stärker ausfallen, je näher am Lumbal-

theil die Reizung erfolgt. Durchtrennt man das Rückenmark in der Höhe des 10. Brustwirbels, so ergiebt nur die Reizung der unterhalb der Schnittfläche liegenden Rückenmarkspartie Contractionen, die Reizung der oberen ist wirkungslos. Suspendirte Athmung ist noch von Erfolg begleitet.

Zerstört man nun aber das Lendenmark mit einem glühenden Kupferdraht, so bleibt die Wirkung der Athmungssuspension aus, auch erlöschen bestehende Uteruscontractionen sofort. Auch Aortencompression und Verblutungstod vermögen dieselben nicht wieder anzufachen. Directe Reizung des Uterus erweist sich noch wirksam, indessen fällt der Ausschlag geringer aus, als bei Erhaltung des Lendenmarkes.

Demnach ist der Sitz des Bewegungscentrums des Uterus beim Kaninchen in der unteren Partie des Rückenmarks vom 10. Brustwirbel an abwärts zu suchen.

Hat Verf. so das unbestrittene Verdienst die Frage nach dem Sitz des Centrums der Uterusbewegungen durch Versuche, deren Exactheit wir nur rühmen können, wesentlich gefördert zu haben, so können wir uns doch mit dem zweiten Theil seiner Arbeit viel weniger einverstanden erklären. Zwar bietet die Thatsache, dass Injectionen von solchen Giftlösungen in die Jugularis, welche bei Intactheit des Lendenmarkes Uterusbewegungen auslösen, nach Zerstörung desselben sich unwirksam erweisen, gewiss grosses Interesse, wir können aber nicht die Ueberzeugung gewinnen, dass die bei einer Anzahl von Mitteln z. B. dem Ext. Aloë, der Carbolsäure, Calabar auftretenden sehr schwachen Uteruscontractionen wirklich auf Rechnung des Giftes zu setzen sind oder nicht, vielmehr anderen Factoren z. B. der Injection an sich ihren Ursprung verdanken. Vor Allem vermissen wir bei den intravenösen Injectionen eine genügende Berücksichtigung des Druckes und der Flüssigkeitsmenge der zu injicirenden Substanz, auch fehlen Controllversuche mit Wasser- und Kochsalzlösungen-Injectionen in das Venensystem. Wenn Verf. 5—10 Minuten nach einer Carbolinjection von 0,2 vorherrschend peristaltische, nach 0,3 1—2 allgemeine Contractionen des Uterus sah, so wäre doch ein leiser Ausdruck des Zweifels an dem causalen Zusammenhange am Platze gewesen. Statt dessen finden wir einige Seiten später einen Hinweis auf die genetische Verwerthbarkeit des Phenols »zur Erhöhung des Tonus der Uterusmuskulatur«. — Aloë verhält sich nach Verf. »nicht gleichgültig gegen die Uterusmuskulatur«. Injicirte er nämlich eine Lösung von 1,0 Ext. Aloë in die Jugularis, so sah er nach 10—15 Minuten mächtige Darmperistaltik mit Kothentleerungen, 3—5 Minuten später »ringförmige langsam fortkriechende Einschnürungen an den Hörnern des Uterus, niemals aber wirkliche Peristaltik«. Es kann doch aber dem Verf. bei seinen zahlreichen Versuchen kaum entgangen sein, dass Bewegungen des Rectum fast ausnahmslos partielle Einschnürung, selbst schwache Peristaltik des ihm an- oder aufliegenden Tragsackes im Gefolge haben, die sich nach dem Gesetz

der rhythmischen Nachwirkung längere Zeit hindurch wiederholen. Derselbe Einwand ist gegen die Versuche mit Ext. Colocynthidis zu erheben. Nach Injection von grossen Dosen von Coffëin sah Verf. am jungfräulichen Uterus niemals Bewegungen auftreten, wohl aber wurden bei älteren Kaninchen »peristaltische Bewegungen wieder zu der früheren Stärke angefacht«. Hieraus deducirt Verf., dass sich Coffëin nicht ganz gleichgültig gegen den Uterus verhält, ein Schluss, dem Ref., der die enormen Fehlerquellen bei Versuchen über Uterusbewegungen durch eigene Erfahrung kennen gelernt hat, nicht beizupflichten vermag. Aehnliche Einwendungen lassen sich gegen die Calabarversuche vorbringen.

Wir bestreiten die Möglichkeit der Wirksamkeit der genannten Substanzen auf den Uterus nicht, können aber nicht anerkennen, dass der Beweis derselben durch den Verf. geliefert ist.

Die intravenöse Injection von Strychnin, Picrotonin, Nicotin, Ergotin verliert ihre Wirkung auf den Uterus, sobald das Lendenmark zerstört ist. Nur Ammoniak und seine Salze behalten ihren Einfluss auch dann noch, ja erzeugen auch am ausgeschnittenen Uterus noch Tetanus. Hieran knüpft Verf. eine Empfehlung dieses Mittels für die Praxis. (Ref. hat hierdurch angeregt bei einer Anzahl von Kreissenden mit primärer und secundärer Wehenschwäche experimenti causa grosse Dosen Ammonium carbonic. und chlorat. bis zu 5,0 gegeben. Der Erfolg auf die Wehenthätigkeit war vollständig null.)

Die Effecte der Reize sind abgeschwächt bei Chloroform und noch mehr bei Chloral, während Opium und Morphium sie nicht herabsetzen. Atropin lähmt den Uterus am vollständigsten.

Der 3. Theil befasst sich mit der Reflexwirkung und den motorischen Leitungsbahnen des Uterus. Reflectorische Uteruscontractionen bleiben aus bei Ausleerung des Lendenmarkes. Die Nerven der Plexus uterini und die Sacralnerven werden als motorische Leitungsbahnen des Uterus angesprochen. Diese und die Ovarialnerven vermitteln auch den reflectorischen Verkehr zwischen Centrum und Genitalien. Dass der directe Reiz seine Wirksamkeit auf die Uterusganglien entfaltet, wird geleugnet. Der Uterus wird als reiner Muskel betrachtet, der ähnlich wie der ausgeschnittene, nervenlose Ureter des Kaninchen auf directe Reize peristaltische Bewegungen macht. Die Ganglien will Verf. als Apparate, die die Blutbewegungen im Uterus beherrschen, angesprochen wissen.

Beim Einspritzen von 50 ccm Kochsalzlösung in die Aorta sah Verf. niemals eine Aenderung in der Locomotion des Uterus. Dieses Resultat ist auffallend und fordert zu weiteren Prüfungen auf, da es gegen die Beobachtungen eines so sorgsamen und erfahrenen Experimentators wie Kehrer spricht. Auch nach Durchschneidung des Rückenmarks sah er trotz der aus ihr resultirenden Hyperämie der Organe niemals die ruhende Gebärmutter in Thätigkeit gerathen, woraus er folgert, dass die motorische Innervation des Uterus von

dem hyperämischen Zustand seiner Circulationsverhältnisse nicht berührt wird. Die Wirkung der Anämie auf den Uterus ist keine periphere sondern centrale, da sie nach Zerstörung des Lendenmarkes erlischt. Reizung des Ovarium bewirkt Steigerung des Blutdruckes, Durchschneidung oder elektrische Reizung der Ovarialnerven ruft keine Schmerzempfindung hervor. Hieraus will Verf. u. A. die schmerzlose Entstehung der Ovarialcysten und die Verlangsamung der Herzschläge und zeitweiligen Herzstillstand, die bei Section oder Zerrung der Ovarien nicht selten eintritt (Hegar), erklären.

Leider erschwert die wenig übersichtliche Anordnung des Stoffes die Lectüre der umfangreichen Arbeit ungemein. **Runge** (Berlin).

---

7. **P. Kaltenbach** (Strassburg i/E.). Die Lactosurie der Wöchnerinnen.

(Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkologie Bd. IV. Hft. 2.)

Diese unter dem Einflusse von Gusserow und Hoppe-Seyler entstandene Arbeit liefert mit aller Präcision den Nachweis, dass der im Harn der Wöchnerinnen vorkommende Zucker in der That Milchzucker ist. Bekanntlich hatte Hofmeister schon früher aus dem Urin der Wöchnerinnen einen Körper dargestellt, der die meisten Charaktere des Milchzuckers zeigte. Diesem Befund giebt Verf. durch Nachweis der Schleimsäurereaction des fraglichen Körpers eine weitere Bestätigung.

Untersuchungen an 34 Wöchnerinnen ergaben ferner, dass die Ausscheidung des Milchzuckers in einem bestimmten Verhältniss zur Secretion der Brustdrüse steht. Je grösser die Spannung der Drüsen, je geringer die Abfuhr bei reichlicher Production der Milch ist, desto grösser der Gehalt an Milchzucker im Harn. Am evidentesten tritt das in die Erscheinung, wenn das Kind todtgeboren war oder aus äusseren Gründen in den ersten Tagen nicht angelegt wurde. Mit dem Erlöschen der Function der Drüsen hört auch das Vorkommen des Milchzuckers im Harn auf.

Endlich liess sich zeigen, dass bei Stauung der Milch in den Milchgängen weder Casëin noch Fette, sondern nur Wasser, Salze und Milchzucker ins Blut übertreten können. Bei Verschluss der Milchgänge wird demnach eine sehr casëin- und fettreiche, aber zuckerarme Milch entstehen.

Die Lehre Spiegelberg's, dass das Vorkommen von Milchzucker im Harn der Wöchnerinnen als Resorptionsdiabetes aufzufassen sei, findet also in dieser Arbeit eine exacte Bestätigung.

Runge (Berlin).

---

8. **F. Müller** (Graz). Zur Metalloskopie und Magnetwirkung bei hysterischen Lähmungen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1879. No. 28 und 29.)

Verf. fasst die Ergebnisse seiner Beobachtungen (die Krankengeschichten sind ganz ausführlich wiedergegeben und im Original

nachzusehen) dahin zusammen, dass die Angaben von Charcot, Westphal u. A. vollständig durch diese unter allen nur denkbaren Cautelen angestellten Versuche bestätigt werden. Als neu hat er den Transfert auch für die Motilitätslähmung nachgewiesen, ferner die Superiorität der Magnetwirkung gegenüber den Metallplatten, und die Präcipitirung der Wirkung der Metallplatten durch vorhergehendes Befeuchten der Haut mit einem elektrolytischen Körper gezeigt.

Schellenberg (Leipzig).

---

9. **Kollmann.** Die menschlichen Eier von 6 mm Grösse.

(Archiv für Anatomie und Physiologie 1879. Mit 2 Tafeln.)

Bisher sind 7 Eier beschrieben worden, die weniger als 6,6 mm Durchmesser hatten. Es sind dies die schon bekannten von Allen Thomson, Reichert, Beigel und Löwe, Breus, Ahlfeld, denen K. zwei neue aus der Basler anatomischen Sammlung hinzufügt. (In neuester Zeit ist ein Ei von Schwabe beschrieben, welches mit hierher zu rechnen ist. Ref.)

Das erste der Basler Eier ist abgeplattet und hat in den beiden Durchmessern 5,5 und 4,5 mm. Seine Zotten sind 1—1,2 mm lang und bereits wiederholt getheilt. Da ein Embryo durch die Eihäute nicht zu sehen war, so liess man das Ei uneröffnet.

Zu dem zweiten Eie ist auch der Uterus vorhanden. Die Decidua vera ist cotyledonenartig gewuchert. Verf. vergleicht ihr Aussehen mit dem eines Vliesses. Die beiden Tubenostien waren im Durchmesser von 2 mm offen gelassen. Auch der innere Muttermund wurde nicht durch die wuchernde Schleimhaut geschlossen. In der Decidua befindet sich eine kleine Hervorragung, in deren oberen Theile das Ei liegt, während in dem Reichert'schen Falle das Ei in gleicher Höhe mit der Deciduaoberfläche lag und die Decidua dasselbe napfartig umwucherte.

Auch K. sah nicht, dass Zotten in die Mündung der Uterindrüsen hineingewuchert waren. Auf Tafel XIII Figur 4 bildet er ein Schema der Einbettung des Eies in der Decidua ab, welches dem vom Ref. gegebenen sehr ähnlich ist. Die Eihülle bestand, wie in den Beobachtungen von Breus und Ref. aus einer Epithelhülle einfacher platter Zellen, die eine Schicht aus jugendlichem Bindegewebe, sogenanntem Gallertgewebe bedeckt.

Die bereits getheilten Zotten zeigten ebenfalls Stroma und Epithelhülle.

Der Inhalt dieses zweiten Eies ist verloren gegangen. Sehr gute Abbildungen sind diesem sehr lesenswerthen Aufsatze beigegeben.

Ahlfeld (Leipzig).

---

10. **W. T. Lusk** (New-York). Die Behandlung der Blutung bei Abort.

(Med. Record 1879. März 8.)

Verf. behandelt dieses etwas abgedroschene Thema auf eine äusserst klare, interessante und praktische Weise und giebt als Grund

seiner Arbeit die Leichtigkeit mit der von Aerzten und Frauen ein Abortus geschätzt wird, und die in den Büchern enthaltenen verschiedenartigen therapeutischen Verhaltungsregeln bei beginnendem oder halb vollendetem Abort. In Folge dessen weiss der angehende Praktiker nicht, ob er im gegebenen Falle Einspritzungen oder den Tampon anwenden, oder unter jeder Bedingung das Ei oder die zurückgebliebene Placenta entfernen soll. Verf. spricht sich unbedingt für die intelligente Entfernung des Eies aus, sobald der Abort nicht zurückzuhalten ist, und der Eireste, sobald der Cervicalcanal die Introduction des Fingers oder der Cürette erlaubt. Verf. zieht den Zeigefinger jedem Instrumente vor, und verwirft absolut die sogenannten Abortuszangen. Die Cürette erlaubt er, wenn Para- oder Perimetritis die Erweiterung des engen Cervicalcanals durch Pressschwamm verbietet. Abortus in den ersten 3 Monaten mit unverletztem Eisacke bedarf gewöhnlich keines activen Verfahrens, da das Ei selbst als Tampon und Dilatatorium wirkt.

Ist der Eisack geborsten und der Fötus geboren, aber die Placenta noch in situ und Blutung bei wenig erweitertem Muttermunde vorhanden, so soll die Vagina tamponirt werden, und zwar am besten durch das Sims'sche Speculum mit flachen, feuchten Wattebäuschchen, welche schichtenweise eingelegt und mit der Zange festgedrückt werden (wie ein Zahnarzt einen hohlen Zahn mit Gold plombirt. Ref.). Diese Watteplatten werden ebenfalls Stück für Stück durch den Spiegel entfernt und im Nothfall durch frische ersetzt. Kein Tampon soll länger als 12 Stunden liegen bleiben und soll carbolisirt sein. Verf. wendet gewöhnlich eine solche Tamponade nur 2 Mal an, um die Scheide nicht zu sehr zu reizen, und legt dann, falls der Cervicalcanal noch nicht dilatirt ist, einen Pressschwamm ein. Verf. fasst kurz seine Schlüsse folgendermassen zusammen:

1) In den ersten 2 Monaten bedarf ein Abortus keiner besonderen Behandlung. Die frühzeitigen Blutungen sind auf ähnliche Weise zu behandeln, wie die des nichtschwangeren Uterus.

2) Zerreissen die Eihäute vor der Expulsion des Eies und Blutung tritt ein, so soll dessen Entfernung sofort versucht werden, falls der Cervix hinreichend dilatirt ist, um den Zeigefinger durchzulassen. Ist der Cervix geschlossen, soll der Tampon bis zu 24 Stunden angewendet werden, und ist dieser erfolglos, der Cervicalcanal mit Pressschwamm erweitert und das Ei mit dem Finger entfernt werden. Der Finger umkreist die Uterushöhle, auf der einen Seite hinauf, quer über den Fundus, und an der anderen Seite wieder herunter.

3) Bei vernachlässigtem Abort sind zurückgehaltene Eireste mit dem Finger oder der Cürette zu entfernen. Geht das Ei der Zersetzung entgegen, so ist die Erweiterung des Muttermundes gewöhnlich unnöthig. Ist das Ei frisch, so muss meistens die vorherige Erweiterung mit Pressschwamm der manuellen Entfernung vorausgehen.

4) Fibrinöse Polypen, wenn noch am Os int. befestigt, ein sel-

tenes Ereigniss, hindern die Involution des unteren Uterinsegmentes. Das Os ist daher gewöhnlich offen und für den Finger durchgängig. Hängt der Polyp am Fundus, so ist der Cervicalcanal meistens geschlossen. Kleine glatte Körper, wie fibrinöse Polypen, sind schwer abzutrennen, wenn der Finger nicht von oben einwirkt; man wähle daher den der Seite des Uterus, wo der Polyp sitzt, entsprechenden Zeigefinger, für die linke Uterushälfte den linken Finger u. s. w.

5) Bei unzeitigen Entbindungen (4. bis 7. Monat) kann die Blutung gewöhnlich ohne die Tamponade durch Compression des Uterus controllirt werden; und bei Verzögerung durch die manuelle Entfernung der Placenta. **P. F. Mundé** (New-York).

---

11. **F. Barker** (New-York). Ueber den Gebrauch des Jaborandi oder Pilocarpin bei puerperaler Albuminurie und Eklampsie.

(Med. Record 1879. März 1.)

Verf., von der Ansicht ausgehend, dass Jaborandi durch seinen lähmenden Einfluss auf das vasomotorische Nervensystem seine bekannte physiologische Wirkung der Diaphorese und Salivation ausübt, erhebt, gestützt auf seine Erfahrung in 6 Consultationsfällen von Puerperaleklampsie, eine warnende Stimme gegen die bisher acceptirte wohlthätige Wirkung des Mittels in dieser Krankheit. In Fall I entwickelten sich die urämischen Symptome und die Albuminurie im 8. Monat der 7. Schwangerschaft erst nach der Verabreichung des Jaborandi, welches wegen des allgemeinen Oedems gegeben wurde. Wegen Depression wurde das Jaborandi sistirt, und erst Stimulantien, dann Elaterin, Calomel, Digitalis, später Tr. ferri chlor., Milchdiät verordnet. Das Oedem und die Albuminurie schwanden bis zur Entbindung, welche normal war. — II. Primipara, $7^1/_2$ Monate schwanger, heftige Convulsionen, Pilocarpin; keine Convulsionen mehr, aber grosse Depression und Erschöpfung, Bronchialrasseln, heftige Salivation, Tod 30 Stunden nach der Entbindung. — III. Primipara, 7. Schwangerschaftsmonat, Albuminurie; 2 Drachmen Jaborandi in 2 Dosen. Heftige Salivation und Diaphorese, welche nachgelassen hatten, als Verf. Pat. am selben Tage sah. Er fand sie cyanotisch, grosse Dyspnoe; bedeutende linksseitige intrapleurale Effusion; moribund. In diesem Falle lässt sich das rasche letale Ende eines vor Darreichung des Jaborandi keineswegs gefährlich erscheinenden Falles kaum anders als auf Rechnung des Mittels erklären. — IV. Viertgebärende, leichte Geburt; Convulsionen erst 9 Stunden nach der Geburt, Morphium, Ruhe; Albuminurie, Pilocarpin 0,012, bedeutende Diaphorese und Salivation. Nach 6 Stunden Repetition des Pilocarpin. Die wässerige Transsudation von Mund und Haut wurde dann so excessiv und drohend, dass Verf. zur Consultation gerufen wurde. Er fand unverkennbare Pulmonalthrombose, Pat. moribund. — V. Achtgebärende. Zangenentbindung. Erste Convulsion 12 Stun-

den nach der Entbindung. Am 3. Tage Albuminurie, Diuretica und Laxantien. Dann 1 Drachme Extr. fl. Jaborandi. Nach bedeutender Diaphorese und Salivation während 5 Stunden, moribund an Hirnödem und Herzasthenie. — VI. Primipara, 7 Monate schwanger, Albuminurie, Kopfschmerz u. s. w. Jaborandi, 1 Drachme, heftige Diaphorese und Salivation. Noch 5 Convulsionen, dann künstliche Frühgeburt. Dann noch eine Convulsion, 5 Stunden nach der Entbindung moribund (als Verf. sie sah), Bronchialrasseln.

Verf. stellt nun die sehr triftige Frage, ob die Entwickelung der urämischen Symptome und der Albuminurie in Fall I, die grosse Depression und Erschöpfung in II, die seröse Ausschwitzung in die Pleurahöhle in III, die Lungenthrombose in IV, das Hirnödem und die Herzlähmung in V, die Convulsionen in VI, und endlich der tödtliche Ausgang in den Fällen II, III, IV, V und VI, nicht hauptsächlich der Wirkung des Jaborandi auf das Nervensystem und dessen Veränderung der Blutbestandtheile zuzuschreiben sind? Hätten nicht die günstigen Resultate, welche vom Jaborandi erwartet wurden, ebenso gut durch andere den Lebenskräften und Verdauungsorganen weniger schädliche Mittel erzielt werden können? Sehen wir nicht oft Fälle, in denen die Symptome drohender und gefährlicher waren als jene, welche wir vernünftigerweise dem Jaborandi zuschreiben können, welche unter anderen leichteren Mitteln genasen? Es geziemt uns daher, die üblen Folgen dieses Mittels genauer zu prüfen, ehe wir dasselbe gegen Eklampsie empfehlen und als nur heilbringend anwenden. **P. F. Mundé** (New-York).

Casuistik.

12. **Beumer.** Ueber eine angeborene Steissgeschwulst.

(Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkologie Bd. IV. Hft. 2. p. 263.)

Bei der Geburt wurde der Steisstumor für die Fruchtblase eines zweiten Kindes gehalten und gesprengt. Das in Querlage befindliche Kind wurde nach Ausführung der Decapitation durch Expression herausgefördert. Ihm folgte der abgerissene Steisstumor. Durch die lange Dauer der Geburt, den zeitigen Abgang des Fruchtwassers, den Tod des Kindes und die mehrfachen Entbindungsversuche war es zu einer bedeutenden Zersetzung des Uterusinhaltes gekommen. Verf. machte sofort nach der Entbindung mehrere Ausspülungen mit 3 % Carbolsäurelösung. Ueber den Ausgang des Wochenbetts unter so misslichen Verhältnissen begonnen, beruhigt uns der Verf. mit den Worten: »Das Wochenbett verlief ohne ernstliche Störung, da bei irgend erheblicher Erkrankung poliklinische — unentgeltliche, daher leicht zu beschaffende — Hülfe gewiss in Anspruch genommen wäre«. (Eine derartige Beweisführung sollte in einer wissenschaftlichen Arbeit nicht vorkommen. Ref.)

Die Steissgeschwulst selbst haftete mit Kreuz- und Steissbein zusammen, dehnte die Glutäen auseinander und hatte die Grösse eines Kindskopfes erreicht. Sie bestand aus einem sarcomähnlichen Gewebe, in dem zerstreut kleine Partien hyalinen Knorpels lagen. Die Gefässneubildung sehr bedeutend, so dass Verf. den Tumor als teleangiectatisches, rundzelliges Cystosarcom bezeichnet.

Ahlfeld (Leipzig).

13. **Löhlein** (Berlin). Wochenbettscasuistik mit kurzen Anmerkungen.
(Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. Bd. IV. Hft. 2.)

I. Parotitis metastatica.

Eine von Verf. wegen Erschöpfung mittels der Zange entbundene I para erkrankte schon am ersten Tage des Wochenbettes an septischer Infection. Am Morgen des zwölften Tages der Erkrankung, die sich als Metrothrombophlebitis puerperalis charakterisirte, fand sich die rechte Parotis angeschwollen. Zwei Tage vorher war diese Anschwellung durch abendliche Temperaturerhöhung und locale Schmerzhaftigkeit signalisirt worden. Zweimalige Incisionen entleerten später reichlichen Eiter. Die Therapie bestand in Sorge für Stuhl und Schlaf, mittleren Chinindosen, altem Rheinweine und Carbolirrigationen von Uterus und Scheide. Solche Fälle von puerperaler Pyämie werden nach Verf. leicht in ihrer pathologischen Bedeutung unterschätzt oder übersehen, wesshalb er der Ansicht ist, dass, da die Meldepflicht der Aerzte und Hebammen für Puerperalfieberfälle in ihrer gesetzlichen Einführung nur eine Frage der Zeit sein dürfte, Verspätungen und Unterlassungen dieser Anmeldung gerade bei der thrombophlebitischen Form nachsichtiger als bei anderen Formen des Puerperalfiebers zu beurtheilen seien. Verf's. Fall, der überhaupt — nie waren Schüttelfröste eingetreten, auch die Lungen waren frei geblieben — einen ungewöhnlich günstigen Verlauf genommen hatte, war nach sechs Wochen genesen.

II. Ein typischer Milchfieberfall.

So lautet die Ueberschrift der zweiten mitgetheilten Beobachtung, ein Name, von dem Verf. selbst sagt, dass es einen bei seinem Klange eiskalt überlaufe. Der Fall ist kurz folgender: Eine sonst gesunde II para erkrankte in beiden im Uebrigen guten Wochenbetten, beide Male waren strengste Cautelen gegen jegliche Infection beobachtet worden, genau um dieselbe Zeit, beide Entbindungen waren kurz nach Mitternacht beendet gewesen und beide Male trat die Erkrankung in den Nachmittagsstunden des fünften Tages auf an vorübergehendem Frösteln: die Abendtemperaturen stiegen auf 38,5 und 38,8, um wie gewöhnlich über Nacht zur Norm zurückzukehren und weiterhin normal zu bleiben. Beide Male waren gleichzeitig die Mammae prall und schmerzhaft angeschwollen. Diesen Symptomencomplex glaubt Verf. Milchfieber benennen zu müssen, denn eine neben dem Congestionszustande der Brüste wirkende Fieberursache ist sicher ausgeschlossen, da beide Fälle von L. in der Privatpraxis, wo sich die Möglichkeit einer Infection viel leichter übersehen lässt, beobachtet wurden. Eine solche Infectionsmöglichkeit existirt aber bei den Fortschritten der letzten 5 Jahre auf antiseptischem Gebiete kaum mehr.

III. Excessive Herzpalpitationen einer Wöchnerin.

Bei einer sonst gesunden 37jährigen I para, deren Wochenbett mit Ausnahme eines Blasenkatarrhs nichts besonderes bot, zeigte sich 15 Stunden nach der Geburt auffallend heftiges 84 Stunden anhaltendes Herzklopfen, 240 Pulse zählte Verf. in der Minute. Percussion und Auscultation des Herzens ergaben nichts weiteres pathologisches. Mit einem Rucke hörte der Anfall wieder auf, um in späteren Zeiten wieder, ebenfalls ohne alle äussere Veranlassung, aufzutreten. Verf. spricht von den prominenten Bulbis der Pat., so dass die Beobachtung wohl unter Basedow's Krankheit fallen würde. **Herdegen** (Stuttgart).

14. **Bunge** (Berlin). Zur Freund'schen Uterusexstirpation.
(Allgem. med. Centralzeitung. No. 47 und 48.)

Verf. veröffentlicht einen von A. Martin operirten Fall. Er betrifft eine 41jährige Multipara, die seit $1^1/_2$ Jahren an copiösen Menstrualblutungen, Kreuzschmerzen etc. litt. Der Gebärmutterkörper war mässig anteflectirt, vergrössert, Cervix nicht durchgängig. Nach Laminariadilatation wurden bröcklige Massen entfernt, die mikroskopisch untersucht, die Diagnose auf ein Adenocarcinom des Uterusfundus stellen liessen. Nach Ablauf einer der Dilatation gefolgten Perimetritis wurde die Operation von Martin ausgeführt. Die das Ligamentum latum umfassenden Ligaturen wurden mit einer Péan'schen Nadel von der Vagina aus

durchgestossen. Die Ligaturen zieht er nicht in den Vaginaltrichter, sondern schneidet sie kurz ab und näht die Peritonealhöhle mit feinen Seidensuturen innerhalb der Bauchhöhle.

In dem ausgeschnittenen Uterus fanden sich wegen der vorhergegangenen Auskratzung wenig Tumorenreste, die Schleimhaut durch Drüsenwucherungen verdickt. Cervix gesund.

Es erfolgte eine acute Sepsis bei niederer Temperatur mit steigender Pulsfreqenz, der Pat. rasch erlag. Bauch- und Peritonealwunde waren gut verklebt, in der Beckenhöhle jauchige Flüssigkeit.

Für ähnliche Fälle, wo die Neubildung auf das Corpus beschränkt ist, schlägt Verf. Exstirpation oberhalb des Scheidengewölbes vor, ähnlich wie Porro.

Fehling (Stuttgart).

15. **L. C. Lane** (San Francisco). Enucleation des Uterus wegen Epithelialcarcinom. — (Pacific med. and surg. Journ. 1878. December.)

Pat., 35 Jahre, Epitheliom des Cervix, vermuthlich oberhalb der Vaginalinsertion reichend. Da die gewöhnlichen Operationen zur Entfernung des erkrankten Gewebes (Amputation, Cürette, Galvanokaustik) nur als Palliativa anzusehen waren, so wurde die Exstirpation des ganzen Uterus beschlossen und folgendermassen ausgeführt: Unter Narkose von Chloroform und Aether wurde im Sims'schen Speculum der Cervix mittels Hakenzange gefasst und langsam herabgezogen, durch einen Cirkelschnitt das submucöse Gewebe eröffnet, und mit langer stumpfer Scheere, Matthieu's Raspatorium, und Zeigefinger der Uterus aus seinem Bauchfellüberzuge geschält. Das filzähnliche Gewebe des Uterus diente hierbei als leicht kenntlicher Führer. Etwa 1 Dutzend Gefässe mussten unterbunden werden. Katheter in der Blase und Finger im Rectum schützten diese beiden Organe. »Nach langer geduldiger Arbeit wurde der Fundus erreicht, die Fallopischen Hörner abgetrennt und das Organ entfernt.« Sorgfältige Untersuchung zeigte, dass die Bauchfelltasche unverletzt war, obgleich sie stellenweise so dünn wie nasses Fliesspapier war und sich mit jeder In- und Exspiration spannte oder collabirte. Eine 2 % Lösung von Carbolsäure wurde in die Höhle injicirt, dann ein in dieselbe Lösung getauchter Schwamm hoch hinauf geführt und liegen gelassen; die Blase durch einen elastischen Katheter drainirt, und der Unterleib mit einer Eisblase bedeckt. Pat. machte eine rasche Reconvalescenz durch, Puls 94—102, Temperatur nie über 101° F. Die Eisblase wurde 10 Tage gebraucht; der Schwamm am 3. Tage entfernt, dann Ol. Lini carbol. einmal injicirt, später nur Seifenwasser. Nahrung 1 Woche nur Milch mit Aq. Calcis. Der exstirpirte Uterus war 10,5 cm lang, der Cervix besonders hypertrophisch. Die krebsige Entartung war in der Schleimhaut höher gestiegen als in dem Muskelgewebe. (Um die Möglichkeit der Enucleation des Uterus aus seinem Bauchfellüberzuge zu prüfen hat Ref. vor mehreren Jahren am Cadaver den Versuch gemacht, mit dem Resultate, dass es leicht gelang das mässig locker angeheftete Bauchfell mittels stumpfer Scheere, Messerstiel und Finger bis gerade oberhalb des Os internum loszutrennen (besonders hinten), dass aber oberhalb dieses Punktes der fast vollkommene Mangel des Zellgewebes die Lostrennung des gesunden, unverletzten Bauchfells, ohne positive Abpräparirung mit dem scharfen Messer, absolut unmöglich machte. In dem einzigen bisher publicirten authentischen Falle der Enucleation per Vaginam des ganzen Uterus — der von Hennig im Jahre 1875 veröffentlichte — wurde ja bekanntlich die hintere Fläche des Fundus uteri sammt seinem Peritoneum aus einer alten Adhäsionsschwarte gewaltsam und unerwartet geschält, also nicht wirklich aus seiner Bauchfelltasche enucleirt. Ref. kann daher nicht umhin die Frage aufzustellen, ob nicht in Lane's Falle der obere Theil des Uterus theilweise weggeschnitten und nicht stumpf ausgeschält wurde.) **P. F. Mundé** (New-York).

16. **A. Hazlewood** (Grand Rapids, Mich). Exstirpatio uteri nach Freund. — (Mich. med. News 1879. Februar 10.)

Pat., 38 Jahre, blutete seit einigen Monaten, als sie im vorigen Jahre in Behandlung kam. Es wurde ein Carcinom des Collum uteri diagnosticirt und der

Cervix amputirt. Im December 1878 kehrte die Blutung wieder und die Entfernung des ganzen Uterus wurde vorgeschlagen, angenommen und am 5. Januar 1879 ausgeführt, Verf. giebt nur an, dass die Operation genau nach der in den Journalen dem Deutschen entnommenen Methode Freund's ausgeführt wurde. Chloroformnarkose. Nach der Operation Puls 100, Respiration 30; kein Erbrechen, nur 0,06 Morphium wurde gegeben um leichte Unruhe zu besänftigen. Am Abend des 1. Tages Temperatur 100,5° F., Puls 108, Respiration 18. Etwas Nahrung. Allmäliges Sinken, Tod etwa 38 Stunden nach der Operation. (Der Operateur war Dr. Shepard, Verf. veröffentlicht nur den Fall, und zwar ist der Bericht so mangelhaft, dass der Fall nur zur Vermehrung der Statistik, keineswegs aber zur Bereicherung der Operationstechnik, verwerthet werden kann. Ref.)

P. F. Mundé (New-York).

17. **Verrier.** Note concernant un Fötus ectromélien.

(Gaz. obstétr. 1879. No. 13. p. 193.)

Dieselbe Missbildung wurde in den Sitzungen der Akademie am 11. und 24. Juni 1879 von Dr. Devilliers demonstrirt. — Eine Abbildung findet sich in den Annales de Gynècologie, Juli 1879, p. 35. (Fälschlicher Weise trägt dies Heft den Umschlag des Septemberheftes vom Jahre 1878.)

An diesem Monopus ist von besonderem Interesse, dass der rechte Fuss bei vollständigem Mangel des Ober- und Unterschenkels durch ein festes Band direct mit dem Becken zusammenhängt. Der Fuss selbst ist rudimentär entwickelt und zeigt nur 2 Zehen. — Mangelhafte Untersuchung und mangelhafte Beschreibung machen ein Verständniss der Missbildung nicht möglich.

Ahlfeld (Leipzig).

18. **Comelli** (Triest). Geburtshinderniss durch Urinretention des Fötus.

Monographie. Görz 1879.

Bei einer 37jährigen Zweitgebärenden (Frühgeburt in der 37. Woche) wurde ein lebender Knabe einige Minuten nach Ausstossung des Kopfes durch mehrere kräftige Tractionen extrahirt. Gewicht 3000 g, Länge 46 cm.

Das Hinderniss war durch die enorm dilatirte Blase gegeben. Gleich nach der Geburt begann sich der angesammelte Harn durch die punktförmige in der Fossa navicularis sich befindende, Urethralöffnung tropfenweise aber continuirlich zu entleeren. Der Ausfluss dauerte volle 7 Stunden an, bis zur vollständigen Entleerung der Blase. — Das Kind starb 46 Stunden post partum.

Section: Urethra sehr eng. Prostata fehlt. Blase und Ureteren bedeutend erweitert. Mässige Erweiterung der Nierenbecken. Nieren normal. Rudimentäre Entwicklung der Hoden.

Liebman (Triest).

19. **T. Wood** (Cincinnati). Acht Fälle von Laparohysterotomie.

(Cincinnati Lancet and Clinic. 1879. Februar 15.)

1) Uterus durch Fibroide bis zum 6. Schwangerschaftsmonate vergrössert. Pat., Wittwe, hatte die Geschwulst seit 3 Jahren bemerkt. Am 31. October 1866 Entfernung des ganzen Uterus bis an den Hals durch Laparotomie, Chloroform, Ligatur der Ovarialgefässe mit Seide; starke doppelte Seidenligatur durch den Uterushals; Führung der Ligaturen aus dem unteren Wundwinkel. Verband wie bei Ovariotomie. Ligaturen fielen am 20. Tage ab, Schluss der Wunde am 30. Tage, und Pat. ausser Bett. Bald jedoch entwickelten sich Symptome der Lungentuberkulose und Pat. starb daran nach 3 Monaten.

2) Zwei grosse bis an den Nabel reichende, bilaterale Fibrome, deren eines in die Beckenhöhle wuchs und den Cervix in die Höhe drängte. Grosse Harn- und Stuhlbeschwerden. Am 12. Juni 1872 Operation ähnlich wie bei 1. Keine Adhäsionen. Günstiger Verlauf bis 27. Tag, dann plötzlicher Unterleibsschmerz, Collaps, und Tod am selben Tage. Section zeigte kleine Perforation des Ileum, verursacht durch Druck eines Ligaturknotens gegen den Darm. Die Ligatur in diesem Falle bestand aus fest gedrehter Seide. Verf. hat später nur sehr weiche, losegedrehte Seide benutzt.

3) Ganz ähnlich Fall 2. Operirt am 29. October 1872. Heilung, lebt noch.

4) Fibroid; hystero-epileptische Anfälle. Operation 14. April 1874. Geschwulst wog 2750 g. Heilung und Beseitigung aller nervösen Symptome.

5) Geschwulst bis zum Nabel, seit 4 Jahren beobachtet. Allgemeinbefinden schlecht, Blutungen. Operation am 6. October 1874; Tod an Peritonitis am 3. Tage. Ein Ovarium entfernt.

6) Zwei Fibroide, eines bis zum Nabel, das andere in das Becken wachsend. Operation 24. October 1874. Blase adhärent an die obere Geschwulst, musste in einer Länge von 5 Zoll abgetrennt werden. Starke Adhäsionen der Ligg. lata an die Tumoren. Heilung, Pat. lebt noch.

7) Dreilappige Geschwulst, ein Theil im Becken. Ein Ovarium, fibrös degenerirt, musste entfernt werden. Der Uterushals war so weit entartet, dass die Ligaturen durch das Scheidengewölbe geführt werden mussten, und der ganze Uterus entfernt wurde. Bedeutende Adhäsionen an Blase und Becken. Operation 9. November 1874; günstiger Verlauf bis zu Weihnachten, als eine Vaginalblutung eintrat, der Pat. am Neujahrstage, 53 Tage nach der Operation, erlag.

8) Pat. 36 Jahre, Unterleib seit 12 Jahren vergrössert; seit 2 Jahren Dysmenorrhoë, aber keine Blutungen. Tumor glatt, reicht fast bis an den Processus ensiformis. Abmagerung. Operation 20. Februar 1878. Bauchschnitt bis 2 Zoll oberhalb des Nabels; beide Nieren erkrankt und entfernt. Heilung langsam, durch den unmässigen Gebrauch von Morphium verzögert, den Verf. nur allmälig abbrechen konnte. Jetzt vollkommen gesund.

Aus 8 Fällen starben also 3 und wurden 5 vollkommen geheilt. In allen Fällen wird Name und Wohnort der Pat. angegeben. Verf. giebt als seine Erfahrung, dass die partielle Entfernung des Uterus, d. h. bloss eines Theiles des Körpers, gefährlicher und tödtlicher ist, als wenn der ganze Uteruskörper bis an die Vaginalinsertion abgetrennt wird. Pozzi's Statistik soll das Gleiche beweisen.

P. F. Mundé (New-York).

20. **W. W. Walker** (Schulenburgh, Texas). Prolapsus uteri et Vaginae inter partum. — (New-Orleans med. and surg. Journ. 1879. März.)

Zweitgebärende, 26 Jahr, seit 48 Stunden kreissend. Verf. fand bei seiner Ankunft den vorliegenden Kindskopf noch vom Cervix umschlossen, sammt Vagina bis zur Länge von 14 cm prolabirt. Bei jeder Wehe trat der Kopf beiläufig 3 cm vor, wurde aber von dem fest contrahirten Os ext. zurückgehalten. Extraction mit der Zange, indem der Cervix mit der linken Hand nach oben gedrängt wurde. Kind 4000 g. Die vorgefallenen Theile wurden reponirt und Pat. erholte sich rasch und vollkommen. **P. F. Mundé** (New-York).

21. **Szancer** (Warschau). Echinococcus der Gebärmutter bei einem 12jährigen Mädchen.

(Zeitschrift f. Geburtsh. und Gynäkologie. Bd. IV. Hft. 2.)

Bei einem 12jährigen noch nicht menstruirten Mädchen traten Schmerzen beim Stuhle und Wasserlassen auf, Fluor stellte sich ein und der Bauch wurde gross und schmerzhaft. Diese Beschwerden brachten Pat. sehr herunter; als dieselben 8 Monate gedauert hatten wurde Verf. während eines Anfalles von Erbrechen und Leibschmerzen hinzugerufen. Er fand den Leib aufgetrieben, die Bauchdecken prall, bei Berührung schmerzhaft, 3 Finger oberhalb des Nabels einen harten rundlichen Tumor. Der Hymen liess den kleinen Finger durchdringen. Per rectum und vermittels eines Katheters durch die Scheide liess sich die Geschwulst als Uterus nachweisen, derselbe contrahirte sich deutlich, wobei klebrige Flüssigkeit aus der Scheide abging. Um eine genauere Digitaluntersuchung zu ermöglichen, legte Verf. einen Pressschwamm in die Hymenalöffnung, worauf nach 5 Stunden unter heftigen Schmerzen ein ca 30 cm langer, weicher, gallertiger, fast 2 cm breiter, messerrückendicker, graugelblicher, leicht zerreisslicher Körper abging, während gleichzeitig $^1/_2$ Liter schmutziggelber Flüssigkeit aussickerte, in der sich eine Menge

gelblicher, traubenförmiger, mit einander verbundener bis erbsengrosser Bläschen fand. Bald darauf zog sich der Uterus zusammen. Verf. ist der Ansicht, der Echinococcus, näher classificirt wird derselbe nicht, sei vom Darmcanale aus in die Peritonealhöhle bis zu der Eileiteröffnung gewandert, um sich dann wie ein befruchtetes Ei in der Uterushöhle weiter zu entwickeln. Recidive traten seitdem, ein Jahr vor Publication kam der Fall zur Beobachtung, keine auf. S. sind nur zwei Fälle, die von Beigel und Graily Hewitt, bekannt, in denen der Sitz des Echinococcus die Uterushöhle selbst war. **Herdegen** (Stuttgart).

22. **Lehnebach** (Steinbach-Hallanberg). Vier Fälle von Puerperalfieber geheilt durch Natron benzoïcum.

(Allgemeine med. Centralzeitung 1879. No. 55.)

Bei einer kleinen Puerperalfieberepidemie, der 2 Wöchnerinnen erlegen waren, wandte Verf. das von Klebs empfohlene Natron benzoïcum an, mit günstigem Erfolg, so dass er dasselbe als Specificum gegen Puerperalfieber (?) herstellen möchte. Zwei der so behandelten Fälle sind allerdings nicht rein, indem er ausser Natron benzoïcum (10 : 150) noch Chinin gab. Auch wird nicht gesagt, welcher Art die Erkrankungsfälle waren. **Fehling** (Stuttgart).

23. **Johannovsky** (Prag). Fall von allgemein verengtem platten rachitischen Becken. Spontaner Verlauf. Lebendes Kind mit löffelförmiger Impression und Infraction des rechten Scheitelbeins.

(Prager med. Wochenschrift 1879. No. 25.)

Der Fall betraf eine IIpara, die das erste Kind normal geboren, das Becken war asymmetrisch; rechts enger als links, Conjugata vera 8,2—8,7. Geburt in 2. Schädellage. An der rechten Schädelhälfte fand sich eine Abplattung und $^1/_2$ cm über der rechten Schläfenschuppe eine löffelförmige Depression des rechten Scheitelbeins.

Das Kind war ein Knabe, 49,8 cm, 3110 g, lebend.

Fehling (Stuttgart).

---

24. Verzeichniss der für die gynäkologische Section der vom 18.—24. Sept. d. J. in Baden-Baden stattfindenden Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte angemeldeten Vorträge.

1. **Hegar** (Freiburg), Demonstrationen von Lehrmitteln und Operirten.
2. **Freund** (Strassburg), Ueber Echinococcusgeschwülste im weiblichen Becken.
3. **Fehling** (Stuttgart), Ueber pathologische Beckenformen beim Fötus.
4. **Cohnstein** (Heidelberg), Ueber puerperale Herzhypertrophie. — Ueber Wechselbeziehungen zwischen gynäkologischen und anderweitigen Krankheiten.
5. **Martin** (Berlin), Ueber Prolapsoperation.
6. **Bandl** (Wien), Zum Verhalten des Collum am nicht schwangeren Uterus.
7. **Müller** (Bern), Ueber operative Behandlung des Prolapsus uteri. — Ueber äussere Harnleiterfisteln.
8. **Baumgärtner** (Baden), Ein Fall von doppelseitigem parametritischen Abscesse.
9. **Kaltenbach** (Freiburg), Ueber Perineoplastik.

Weitere Anmeldungen sind zu richten an

Dr. Baumgärtner (Baden-Baden).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S. (Margarethenstrasse 5), an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart (Alleenplatz 3), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

// Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben
von

Dr. H. Fehling und **Dr. Heinrich Fritsch**
in Stuttgart. in Halle a/S.

Dritter Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 15 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 20. Sonnabend, den 27. September. **1879.**

I. Bericht über die Verhandlungen der gynäkologischen Section der Naturforscherversammlung zu Baden-Baden.

Von **H. Fehling.**

1. Hegar (Freiburg). Demonstrationen an Lehrmitteln und Operirten.

Redner berichtet über 42 von ihm ausgeführte Castrationen, eine Zahl, die erklärlich ist durch häufige Zuweisung von Patienten von auswärts und dadurch, dass er die Indication häufiger stellt als früher.

Die 1. Gruppe von Fällen umfasst 13. Es handelt sich theils um ein-, theils um doppelseitige Geschwülste der Ovarien nicht

grösser als eine Billardkugel, Kystome, Dermoide, Parovarialcysten, Tuboovarialgeschwülste, oder Combinationen derselben.

Bei ausgedehnten Adhäsionen ist die Operation oft schwieriger, als bei ausgedehnter Ovariotomie. 2 Todesfälle, 8 Heilungen, bei 3 sind noch Schmerzen vorhanden.

Die 2. Gruppe befasst 12 Fibrome, die selten über den Nabel hinaufreichten. Davon sind 3 an Septichämie gestorben, bei 6 hat sich nach längerer Dauer (3 davon vorgestellt) Schrumpfung des Fibroids und Menopause constatiren lassen. 3 Fälle sind erst vor kürzerer Zeit operirt.

Nur in einem Falle wuchs der Tumor, ein Fibrocystoid, auch nach der Operation und der Tod trat unter Blutungen ein.

Die 3. Gruppe umfasst chronische Oophoritis. Eine genaue anatomische Definition ist nicht möglich. 1 Todesfall, 3 völlige Heilungen mit Menopause.

4. Gruppe. Uterusaffectionen, Infarcte. 1 Todesfall. 2 Heilungen mit Menopause. 2 Fälle erst kürzlich operirt.

5. Gruppe. Chronische Perisalpingitis, Perioophoritis etc. kurz chronisch recidivirende Entzündungen der Uterusanhänge. Kein Todesfall. 3 völlige Heilungen, 1 Besserung mit Menopause, 1 mit typisch fortbestehender Blutung, 2 noch neue Fälle.

Im Ganzen beträgt unter diesen 42 Castrationen die Mortalität 16,6 %, während 47 aus der Literatur dem Redner bekannte Fälle eine solche von 32 % ergeben. Die meisten Todesfälle sind septisch, 3 gestorben durch Ileus. Die Resultate werden anfangs oft getrübt durch Erscheinungen, wie sie auch sonst im Climax eintreten. Die Fälle bestätigen das alte Gesetz von der Abhängigkeit der Menstruation von der Ovulation.

In 26 von den 30 Fällen war vollständig die Menopause eingetreten, nur in einem Fall wiederholen sich noch typische Blutungen vielleicht ausgehend durch periodische Congestion zu einem schmerzhaften Exsudatknoten, der an einer Ligatur sich gebildet.

Selten giebt directe Lebensgefahr die Indication zur Operation, meist kommt man erst zur Operation, wenn alle andern therapeutischen Mittel erschöpft sind. Die Operation ist nur bei anatomischer Basis gerechtfertigt. Zuweilen ist allerdings der Zusammenhang consensueller Erscheinungen im übrigen Körper mit dem Sexualleiden schwierig nachzuweisen, so z. B. Fälle von Aphonie, hartnäckigem Erbrechen, häufigem Blasendrang, wie Redner aus seiner Praxis Fälle anführt. In solchen Fällen ist allerdings der Erfolg zuweilen ungenügend. Nicht immer ist der Druck schrumpfender Schwielen im Ovarium die Ursache der Reflexneuralgien, es können auch Nerven an benachbarten Stellen durch Schrumpfung der umgebenden Gewebe Druck erleiden, hier ist dann der Erfolg zweifelhaft. Besser als die Ligatur würde in solchen Fällen wohl die Anwendung des Ecraseurs oder des Ferrum candens sein.

Die Technik anlangend, so wendet er strengste Antisepsis

an, jedoch ohne eigentlichen Lister. Den Spray hält er eher für nachtheilig. Geht man bei der Operation mit der Hand in die Tiefe der Bauchhöhle, so dringt Flüssigkeit in alle Taschen ein. Bei dem gewöhnlichen gesunden Bauchfell wird leichter Flüssigkeit resorbirt, die Peristaltik wird stärker angeregt.

Der Schnitt muss verhältnissmässig grösser sein als bei Ovariotomien, da die Bauchdecken nicht gespannt sind, für Eingehen mit der ganzen Hand muss er über den Nabel gehen. Meist genügen 2 Finger zum Eingehen in die Bauchhöhle. Eine Nachhülfe mit der Hand von der Scheide aus ist bei kleineren Geschwülsten zweckmässig, aber umständlich wegen der nöthigen Desinfection. Die Ligatur muss der Assistent anlegen, grosse Vorsicht ist dem Abgleiten der Ligatur zu widmen. Eventuell muss man die Tube mitnehmen. Bei starken Varicen empfiehlt es sich ein grösseres Stück des Ligamentum latum mitzunehmen.

Der letzte Act der Schliessung der Bauchdecken muss sehr genau geschehen, um Abscesse zu vermeiden, die zuweilen durch Zurückbleiben von Flüssigkeit in der Bauchwunde entstehen. Am besten ist es, das Bauchfell möglichst weit in die Ligatur mitzufassen. — Daran schliesst sich eine Vorstellung von 6 Kranken.

In der Discussion bemerkt Schröder (Berlin), dass seine Erfahrungen über die Hegar'sche Operation sehr gering seien, er hat nur 2 Mal operirt, 1 Mal bei normalen Ovarien bei einem geisteskranken Mädchen mit Nymphomanie. Die Pat. ist genesen. Die Geisteskrankheit verschwunden. Ferner hat er 1 Mal bei grossem Myom operirt. Der Tumor wuchs später wieder.

Schr. will nur unter ganz besonderen Umständen zur Castration schreiten, die Unterbindung der grossen Ernährung zuführenden Gefässe ist nach ihm die Hauptsache bei der Operation. Er stellt die Castration der bei Männern in ihren Folgen gleich.

Er operirt bei Laparotomien nie ohne Spray, hat keinen Schaden davon gesehen. Eine mehrtägige Fernhaltung von Pat. mit infectiösen Ausflüssen etc. hält er für undurchführbar.

Freund (Strassburg) berichtigt, er habe früher gesagt, die Parametritis chronica atroficans sei nur die häufigste, nicht die einzige Quelle der Hysterie. Er hat 3 Mal bei Myomen operirt, 1 Mal bei Hysterepilepsie, 1 Todesfall durch Platzen der Bauchwunde. Menopause ist bei allen Fällen eingetreten, 1 Mal war keine Schrumpfung zu beobachten.

v. Langenbeck (Berlin) wundert sich, dass die Indication zur Operation bei Scheidenmangel nicht betont wurde. Er erwähnt einen solchen Fall, wo Menstruation und Coitus durch die Blase ging. Der kleine schmale Uterus war vom Rectum aus zu fühlen. Nur das rechte Ovarium war zu fühlen. Die Schmerzanfälle hörten nach der Operation auf. Die Menstruation trat 5 Tage nach der Operation reichlich auf, dann noch 1 Mal. Er erklärt die Stielversorgung für ein noch nicht gelöstes Problem; im vorliegenden Fall wurde der Schnitt

auswärts von der Epigastrica angelegt. Nach Unterbindung des Stiels mit Catgut trat Blutung aus dem Peritonealüberzug ein, der von dem Faden durchschnitten worden war.

Martin (Berlin) hat 3 neue Fälle von Castrationen. In 2 Fällen heftiger Ovarialneuralgie mit spärlicher oder fast fehlender Menstrualausscheidung erzielte er völlige Heilung. In dem 3. Fall war der Uterus mangelhaft entwickelt, beide Ovarien lagen links, Genesung. Vermeidet die Unterbindung des Stiels en masse, hat keinen Nachtheil vom Spray gesehen.

Müller (Bern) hat 3 Mal die Hegar'sche Operation gemacht. 2 Mal war die Operation nicht zu vollenden, da die Ovarien zu sehr verwachsen waren. Der 3. Fall bei Ovarialneuralgie wurde geheilt. Er empfiehlt den Uterus mit der Sonde gegen die Bauchdecken emporzudrücken und darauf einzuschneiden. Es traten in diesem Fall wieder Blutungen auf, vielleicht herrührend von kleinen Knötchen, die jetzt an der Stelle der Ovarien nachzuweisen sind.

Czerny (Heidelberg) hat 3 Mal operirt, davon 1 septisch verloren. In einem Fall von hysterischen Beschwerden bei vergrössertem Ovarium keine Heilung erzielt. In dem 3. Fall (Hysterie mit Retroflexio) hat er die Castration mit der Köberlé'schen Operation verbunden.

Ausserdem hat er 2 Mal den Uterus ohne die Ovarien exstirpirt, worauf auch die Blutung wegblieb.

Hegar hätte als Einwand die grosse Lebensgefahr erwartet, denn ohne diese würde man noch viel häufiger operiren. Gegen Schröder bemerkt er, dass das Weib die Verstümmelung durch Castration nicht so empfinde wie der Mann. Die Abschneidung der Blutzufuhr sei nicht die Hauptsache. Bei grossen Fibroiden sei der Erfolg eben zweifelhaft, weil diese in ihrer Ernährung selbständig geworden seien.

Schröder bemerkt noch, dass er den Spray auch bei Laparotomien ohne grosse Tumoren gebraucht und keine Nachtheile davon gesehen habe.

(Fortsetzung folgt.)

II. Zur Castration der Frauen. Doppelseitige Exstirpation der nicht cystisch degenerirten Ovarien wegen Hysterie.

Von

Adrian Schücking in Harzburg.

Die immerhin grosse Seltenheit der Ovariotomia duplex aus einer anderen Indication als der von grösseren Tumoren wird für die nächste Zeit die Veröffentlichung jedes neuen derartigen Falles gewiss rechtfertigen. Es musste die vorliegende Mittheilung um so lohnender erscheinen, als es sich um eine neue, wenigstens in dieser Form bis-

her noch nicht aufgestellte Indication handelte. Nach der mir zugängigen Literatur wurde die Operation erst in jüngster Zeit und zwar in Amerika von Peaslee, Trenholme, R. Battey, von letzterem stets vaginal, in Deutschland vornehmlich von Hegar ausgeführt. Epilepsie, Oophoritis chronica und lebensgefährliche Blutungen, von Fibromyomen des Uterus herrührend, waren die von den genannten Operateuren aufgestellten Indicationen.

Ich muss bemerken, dass ich unter Castration lediglich die Exstirpation beider Ovarien verstehe und von allen Fällen der Entfernung nur eines Ovariums selbstverständlich absehe.

In unserem Falle handelt es sich um eine hochgradige Hysterie, als deren Grundlage pathologische Zustände des Sexualapparates, speciell der Ovarien, angenommen werden mussten, und um derentwillen der Eingriff unternommen wurde. Leider ist es ja in vielen Fällen nicht möglich, das wesentliche Krankheitsbild eines Leidens der weiblichen Genitalorgane durch die blosse Bestimmung der vorliegenden pathologisch-anatomischen Grundlagen einigermassen genügend zu kennzeichnen, und können wir in diesen Fällen der Aushülfe des allerdings nicht sehr bestimmten Symptomencomplexes der »Hysterie« nicht entbehren. Die Patientin, um die es sich handelt, Frau S. aus Berlin, 38 J. alt, Mutter von 6 Kindern, wurde mir von Herrn Stabsarzt Dr. Rabuske als eine exquisite Hysterica zugesandt. Mit Ausnahme kataleptischer Anfälle und unregelmässiger, häufig profuser und schmerzhafter Menstruation, war dieselbe bis vor einem Jahr in ihrem Allgemeinbefinden nicht wesentlich gestört gewesen. Seit einem Fall in eine Glasscheibe im December 1878, bei dem sie sich eine Verletzung an der Innenseite des linken Kniegelenks zugezogen, waren wiederholt Erscheinungen von Trismus, mit Aufhebung des Bewusstseins, die nach der Aussage des behandelnden Arztes an Tetanus traumaticus erinnerten, aufgetreten. Sprachstörungen und andere Erscheinungen, wie sie ähnlich beim Beginn progressiver Paralyse beobachtet werden, gesellten sich diesen Zuständen hinzu. Die Excision der Narbe, eine energische gynäkologische Localbehandlung in der Hahn'schen Klinik in Berlin, blieben ohne Erfolg. Die Symptome verschlimmerten sich vielmehr. Als von den Herren Dr. Rabuske und Jastrowitz in Berlin constatirt wurde, dass vorzugsweise das linke Ovarium erkrankt war, gab man, nachdem bereits vorher Kalium bromat., Eisen, Abreibungen und Bäder längere Zeit gebraucht waren, Auro-Natrium chloratum in den grössten Dosen, Castoreum, Valeriana, die grössten Quantitäten von Kalium bromat., Morphium, Chloralhydrat in das Maximum überschreitenden Mengen, Jodeinreibungen in die Gegend des linken Ovariums, ohne irgend nennenswerthen Erfolg. Der angewandten Solut. Fowleri wurde einige Wirksamkeit nachgerühmt. Dilatation der Cervix mit Pressschwamm blieb ohne Resultat. — Es ist gewiss interessant, das vollständig negative Ergebniss bei Anwendung der genannten Agentien in diesem Falle zu constatiren. Endlich sandte der behandelnde Arzt

Patientin von Berlin zu mir, und so kam diese Ende Mai cr. in meine Behandlung. Der Befund der Genitalien ergab Folgendes: Uterus durchaus normal, die Ovarien ebenfalls in Grössenverhältnissen und Lagerung ohne auffallende Abweichung, Druck auf das linke Ovarium, wie auch schon früher constatirt war, rief sofort einen Zustand von Bewusstlosigkeit hervor, der Aehnlichkeit mit epileptischen Anfällen darbot. Ausserdem bestanden fortwährende heftige Schmerzen in der linken Seite, ein sehr häufig auftretender Trismus, verbunden mit Sprachstörungen, von denen wir dahingestellt sein lassen wollen, ob sie auf wirklichem Unvermögen beruhten, und dazu fortwährende beträchtliche Metrorrhagien, die mit serösem Ausfluss aus dem Uterus abwechselten.

Auch nach mehrwöchentlicher Entziehung aller Medicamente und dem vorsichtigen Gebrauch der Soolbäder änderte sich der Zustand der Patientin nicht. Nicht einmal die Blutungen liessen sich durch Aufschliessung des Cavum uteri und nachfolgendes Curettement, durch Anwendung von Liquor ferr. sesquichlor., Acid. nitric. fum. für längere Zeit stillen. Im Gegentheil gesellte sich den schon bestehenden Leiden, als ein neues Symptom, wiederholtes Blutbrechen hinzu. Die einzige therapeutische Massregel, die jetzt noch Erfolg hoffen liess, war die Castration — von der nicht nur eine Sistirung der neuralgischen Schmerzen des linken Ovariums, und ein Aufhören der hartnäckigen uterinen Blutungen, sondern auch eine Beseitigung des ganzen hysterischen Symptomencomplexes zu erwarten war. Nach den üblichen Vorbereitungen wurde die Operation am 16. Juli in Juliushall in dem zum Zweck derartiger Operationen speciell eingerichteten Raume unter freundlicher Assistenz der Herren Dr. Franke und von Rabenau unter den Lister'schen Cautelen unternommen. Die Mannigfaltigkeit der Begriffe über die Handhabung der Antisepsis, der wir in so manchen Berichten begegnen, lässt fast glauben, dass von Vielen der blosse reichliche Verbrauch von Carbolsäure oder die Anwendung eines Sprays von ganz beliebiger Concentration schon als genügend »strenge Antisepsis« betrachtet wird. So lesen wir in einem sonst vorzüglichen Aufsatz von Kocks über die Totalexstirpation des Uterus (Arch. für Gynäkologie Bd. XIV), dass eine einprocentige Carbollösung zum Spray benutzt war. Nach solcher Antisepsis dürfen Eiterungen und Abscesse im Gefolge der Operation, die ich z. B. bei meinen Ovariotomien nie zu beobachten Gelegenheit hatte, nicht wohl Wunder nehmen. Es ist aus diesem Grunde vielleicht nicht so ganz überflüssig, zu bemerken, dass zur Waschung des Abdomens nach vorheriger gründlicher Abseifung, zur Aufbewahrung der Instrumente und Ligaturen vor und während der Operation, zur Aufbewahrung der neugekauften Schwämme vor der Operation, zur Reinigung der Hände des Operirenden und der Assistenten — eine 5 %ige wässerige Carbolsäurelösung — für den Spray und zur Reinigung der Schwämme während der Operation eine $2^1/_2$ %ige Carbolsäurelösung verwandt wurde.

Als Unterbindungsmaterial und zur Anlegung der Nähte wurde ausschliesslich Catgut benutzt. Auch hier musste eine Flasche Catgut als unbrauchbar zurückgestellt werden, aus dem Grunde, weil eine Undichtigkeit im Verschluss der Flasche ein Entweichen der Carbolsäure und dadurch eine Zersetzung des Inhalts ermöglicht haben konnte.

Beim Bauchschnitt, wie auch nachher, machten die starken parenchymatösen Blutungen, die in der hämophilen Anlage der Patientin ihre Erklärung fanden, nicht wenig zu schaffen. Der Darm wurde durch einen Schwamm nach oben geschoben, die Ovarien aus dem Becken zu Tage befördert, je nach drei Seiten, dem Hilus,dem Ligam. ovarii und den Tubenmündungen mit starken Catgutligaturen unterbunden und dann mit einer gekrümmten Scheere von ihren Verbindungen getrennt. Da trotz der in die Bauchhöhle gelegten Schwämme eine mässige Blutmenge bei der Toilette des Peritoneums zurückgeblieben war, so wurde Patientin unter Zurückhaltung des Darms mit der Bauchwunde nach unten gekehrt, worauf sich denn auch eine gewisse Quantität blutiger Flüssigkeit entleerte. Hierauf eine Zapfennaht durch ein carbolisirtes, mehrfach zusammengelegtes Stück Drainrohr beiderseits gehalten, 4 tiefe und 6 oberflächliche Nähte, und ein typischer Listerverband. Patientin befand sich nach Kurzem ganz wohl, das eingetretene Erbrechen wurde mit einigen Tropfen Jodtinctur gestillt. Temperatur während der ganzen Zeit der Nachbehandlung nicht über 37,6, Puls nicht über 96. Der Listerverband wurde am dritten Tage nach der Operation gewechselt, um statt der Krüllgaze Protectiv aufzulegen. Am siebenten Tage konnte Patientin bereits transportirt werden, und am zehnten Tage verliess sie das Bett. Von der Wunde selbst wurde kaum ein Tropfen Eiter abgesondert.

Was den Erfolg der Operation betrifft, so ist derselbe durchaus zufriedenstellend, die überaus quälenden Schmerzen in der linken Seite haben sogleich nach der Operation vollständig aufgehört. Ebenso sind die uterinen Blutungen, die kataleptischen Anfälle, der Trismus etc. nicht wiedergekehrt, und Pat. fühlt sich wohl und gesund.

Die von Herrn Dr. F. Marchand in Halle ausgeführte mikroskopische Untersuchung der Ovarien ergab keine positiven Resultate. Irgend welche augenfällige pathologische Veränderungen fanden sich nicht.

Ueber das weitere Befinden der Pat., zumal in Bezug auf die interessante Frage des anticipirten Klimax zu berichten, behalte ich mir für die Folge vor.

Die verhältnissmässig wenigen Resultate, die uns über die Castration der Frauen vorliegen, lassen uns selbstverständlich noch kein entscheidendes Urtheil über die Gefahren und den Werth der Operation im Allgemeinen fällen. Es lässt sich indess schon jetzt, wenn auch mit einiger Reserve, Folgendes über dieselbe sagen: Nur eine energische, mit völliger Vertrautheit der Methode gehandhabte Antisepsis

giebt uns eine genügende Sicherheit gegen die Septikämie und die (doch stets septische) nachfolgende Peritonitis — die grössten in Betracht kommenden Gefahren. Diese Sicherheit lässt die Castration der Frauen durch Laparotomie als einen verhältnissmässig ungefährlichen Eingriff erscheinen. Auch die allerdings weniger sichere Operation von der Vagina aus, falls nur die permanente Irrigation, nach der von mir angegebenen Methode nach der Operation streng gehandhabt wird, würde kaum ungünstigere Resultate ergeben. Unter dieser Voraussetzung gewinnt die Castration der Frauen für die Behandlung geeigneter Fälle von Hysterie eine Bedeutung, die in nicht zu ferner Zeit diese Operation der Ovariotomie wegen grösserer Tumoren im Range gleichstellen möchte.

Juliushall-Harzburg, 4. August 1879.

---

1. **A. R. Simpson** (Edinburg). Beobachtungen über einige Formen der Sterilität und über Placenta praevia bei Erstgebärenden mit erläuternden Fällen.

(Vorgetragen in der geburtshülflichen Gesellschaft zu Edinburgh am 22. Jan. 1879. Separatabdruck aus Edinburgh. med. Journ. 1879. März.)

An die Mittheilung zweier Fälle von Placenta praevia bei Iparis werden einige Bemerkungen geknüpft und zwar über Persistenz des Hymens bei Verheiratheten und Unverheiratheten nach stattgehabten Cohabitationen. Bei Letzteren ist sie häufiger zu beobachten und beruht auf absichtlich unvollständiger Immissio penis, wogegen sie bei Verheiratheten ausser der seltenen abnormen Rigidität von Ignoranz, partieller männlicher Impotenz oder ungeschickter Ausübung des Coitus herrührt; häufig ist sie Veranlassung der Sterilität, ebenso wie auch die Retroversio uteri, sei es, dass diese bei virgilen Genitalien sich aus anderen Gründen entwickele oder nach einer Anzahl von Entbindungen entstehe.

Bei Plac. praev. muss die Nachgeburtsperiode häufig operativ abgekürzt werden, weil 1) der Blutverlust in der 1. Periode schon so heftig gewesen ist, dass eine Wiederholung nicht riskirt werden darf; weil 2) der Sitz der Plac. an dem wenig muskulösen unteren Theil des Uterus, sowie dessen rasche künstliche Entleerung eine Schlaffheit seiner Wände und somit Unfähigkeit zur Ausstossung der Plac. erzeugen; 3) weil die Plac. durch einen entzündlichen Process mit der Uteruswand verwachsen sein kann, wie im 2. beigebrachten Falle.

Durch die Hämorrhagie intra partum wird eine Disposition zu puerperalen Erkrankungen gesetzt, welche im 1. Falle trotz aller Cautelen zum Ausbruch kam.

Die relative Seltenheit der Plac. praev. bei Iparis (nach Read 1 Ipara : $5\frac{1}{2}$ pluriparis, nach L. Müller 1 : $5\frac{9}{10}$) ist die Folge der Erschlaffung des Uterus nach vorhergegangenen, besonders sich rasch folgenden Geburten oder der nach Geburten häufig auf-

tretenden endometritischen Processe, welche die Schleimhaut der oberen Uterustheile zur Einbettung des Ovum untauglich machen, ferner der bei Pluriparen häufigen Retroflexion, vor Allem disponirt aber das höhere Alter, so dass auch selbst bei Iparen mit Plac. praev. unter 35 Fällen Read's und Simpson's sich das Durchschnittsalter auf 28 1/2 Jahre stellte, worunter 5 40 Jahre und mehr, nur 4 20 Jahre und weniger zählten.

Während die Mortalität der Mütter bei Plac. präv. im Allgemeinen 23,3 %, die der Kinder 59,5 % beträgt, steigt sie unter Primiparis mit dieser Complication auf 27,7 % resp. 69,8 %; offenbar ist der Grund hierfür der vorzeitige Eintritt der Geburt. Auch im 1. der referirten Fälle lag Scheintod des Kindes vor und ist das von S. eingeschlagene Verfahren zur Wiedererweckung von Interesse, indem er das Kind vor der Abnabelung bei gut pulsirender Nabelschnur an den Fersen emporhob, in dieser Stellung den Mund reinigte und dann abwechselnd den Kopf und die Fersen erhob, bis es regelmässig athmete, und dann erst niederlegte. —

Lühe (Stralsund).

---

2. **A. R. Simpson** (Edinburg). Ueber die Beugung des Kindeskopfs in der Geburt.

(Separatabdruck aus Edinburgh. med. Journ. 1879. April.)

Die Lahs'sche Lehre von der Beugung des Kindskopfes am Beckeneingang wird durch einen 7 Monat alten todtgeborenen Fötus einer an Albuminurie leidenden Frau demonstrirt. Das Kinn hat einen Eindruck am Thorax gemacht, der Nacken geht in vollständig gerader Ebene in das Hinterhaupt über, der Kopf war unter circulärer Zusammenschnürung im occipito-mentalen Durchmesser stark verlängert. Diese Configuration des Kindskopfes ist nur durch den Druck der Weichtheile, nicht des knöchernen Beckens hervorgebracht.

Lühe (Stralsund).

---

3. I) **Barnes** (London). Schlussadresse über den Gebrauch der Zange und deren Ersatzmittel bei Geburtsverzögerung.

(Med. Tim. and Gaz. 1879. vol. II. Juli 26. No. 1517. p. 79.)

II) Die Debatte über die Anwendung der Zange.

Editorialartikel der med. Tim. and Gaz. 1879. vol. II. Juli 26. No. 1517. p. 104 und Aug. 2. No. 1518. p. 126.)

In seinem Schlussresumé fasst B. die Ergebnisse der ausführlich referirten Discussion dahin zusammen: die Anwendung der Zange muss weiter ausgedehnt werden, als früher geschehen und namentlich die Verabfolgung des Ergotin verdrängen, und zwar sowohl bei Tief-, als bei Hochstand des Kopfes, selbst bei nicht völlig erweitertem Os, da auch in der 1. Geburtsperiode Gefahren für Mutter und Kind erwachsen können; nicht zu billigen aber ist die Uebertreibung dieses Usus, welche zur Anlegung der Zange führt, wo

ohne Gefahr, nur mit Aufwand von Zeit die Geburt sich selbst überlassen werden kann; das Ausdrücken oder Ausquetschen des Fötus ist zu verwerfen; bei Uterusspasmen sind Opium, Chloroform, vor Allem aber Amylnitrit der Zangenapplication vorauszuschicken.

Der Editorialartikel hebt vor Allem hervor, was in der Debatte nicht hinreichend betont worden ist, dass, um die Nützlichkeit der häufigen Zangenanlegung zu erweisen, der Nachweis geführt werden müsse, dass durch sie in Folge von Vermeidung der gefürchteten Gefahren für Mutter und Kind deren Mortalität in toto herabgesetzt werde, was aber nicht der Fall ist. Denn Johnston verlor bei seiner Methode 2,2 % Mütter und 6,1 % Kinder, der im selben Hospital noch dazu bei Ueberfüllung desselben wirkende Collins dagegen nur 1 % Mütter und 6,2 % Kinder, obgleich er bei seinem diametral entgegengesetzten Verfahren häufiger zu perforiren hatte.

Lühe (Stralsund).

---

4. L. Bandl. (Wien). Blutgeschwülste des weiblichen Beckens, deren Diagnose und Behandlung.

(Wiener Klinik 1879. Hft. 7.)

Die Blutungen der Gefässe des weiblichen Beckencanals werden in »Haematocele retro-uterina«, »Haematoma periuterinum«, »Thrombus vaginae« und in »freie, rasch tödtliche Blutergüsse« getrennt. Die Nelaton'sche Definition der H. retro-uterina wird beibehalten und die intraperitoneale Blutung mit Schröder als das häufigste Moment für deren Entstehung angenommen. Peritonitis mit pseudomembranösen Bildungen und Verklebungen der Bauchorgane sind secundär von dem eigentlichen Krankheitsherde im Becken ausgehend, woselbst statt des Douglas eine bis kindskopfgrosse Höhle entstanden ist, deren Dach mit den Nachbarorganen verlöthete Darmschlingen oder Pseudomembranen bilden und deren Inhalt Blut in verschiedenen Stadien der Metamorphose ist. Der fast immer dislocirte Uterus hat keinen Antheil an der Entstehung des Leidens. Dasselbe geht in manchen Fällen aus einem frühzeitig geborstenen, extrauterin eingebetteten Eie hervor, oder menstruelle Blutungen aus der Tubeninnenfläche bei Verschluss des Uterinalendes, Haematosalpinx, Gefässzerreissungen des Lig. latum oder Peritonitis haemorrhag. liefern die Quellen für die Haematocele. Sie entsteht meist zwischen dem 25. und 35. Jahre bei Frauen, die schon geboren haben. Entferntere Ursachen sind pathologische Veränderungen der Adnexa des Uterus, nähere Ursachen die menstruelle Congestion und bei Gelegenheiten »die Schädlichkeiten, welche die menstruelle Congestion zu steigern im Stande sind«. Meist führt spontane Resorption des Extravasates zur Heilung (in 24 C. Braun'schen Fällen 12 mal), oder es erfolgt der nicht allzu gefährliche Durchbruch in Rectum oder Vagina, selten aber absolut tödtlich in die freie Peritonealhöhle.

Bezüglich der Symptome und Diagnose muss auf die Originalabhandlung gewiesen werden.

Bei frischen Haematocelen wird die von allen neueren Autoren acceptirte exspectativ-symptomatische Behandlung empfohlen; nur bei stationär bleibenden und in Eiterung oder Jauchung übergehenden Geschwülsten ist chirurgisch einzuschreiten. Punction mit oder ohne nachfolgende Aspiration, Incision finden eine durch Casuistik illustrirte Schilderung. Bei der Besprechung der Haematocele ante-uterina schliesst sich Verf. wesentlich der Meinung Schröder's an und citirt die bisher sicher gestellten Fälle. Die ausserhalb der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbettes vorfindliche, aus ähnlichen Gründen wie die H. retro-uterina erfolgende »Haematocele ligamenti lati« wird als Haematoma periuterinum behandelt und ein für die Diagnose sehr werthvoller Fall aus der Specialarbeit J. Kuhn's ausführlich mitgetheilt.

In der Differentialdiagnose zwischen frischen intra- und extraperitonealen Blutergüssen folgt B. dem erprobten Vorschlage Frankenhäuser's, das intraperitoneal ergossene Blut in der Knieellenbogenlage der Pat. nach dem Gesetze der Schwere aus dem Douglas zum Abflusse zu bringen, und legt bei länger bestehenden Tumoren besonderes Gewicht auf die Form und das Verhalten zum Uterus.

Die freien, durch innere Verblutung meist innerhalb zwölf Stunden tödtenden Blutergüsse sind nur kurz besprochen und die Schwierigkeit einer sicheren Diagnose betont. **Felsenreich** (Wien).

---

5. **J. Tyson** (Philadelphia). Die Causal-Läsionen der puerperalen Eklampsie.

(Separat-Abdruck a. d. Verh. der Pathol. Ges. v. Philad. 1878. April 28. Lippincott & Co. Philad. 1879.)

Der Verf. (Professor der Path. Anat. in Philad.) basirt seine Schlüsse über die ätiologischen Momente der puerperalen Eklampsie hauptsächlich auf eine Uebersicht und Kritik der hervorragendsten Autoren über dieses Thema (da seine eigene Erfahrung sich nur auf einige Fälle beläuft) und auf die Untersuchung zahlreicher Präparate. Er theilt die Ansichten der verschiedenen Autoren in 3 Gruppen: 1. Solche, welche die Ursache der p. E. in einer der Bright'schen Krankheit (d. h. parenchymatöser Nephritis) ähnlichen Läsion suchen, ähnlich der Nephritis acuta scarlatinosa. 2. Solche, welche den Causalnexus zwischen Morbus Brightii und p. E. leugnen, und 3. Solche, welche zugeben, dass E. häufig durch Morbus Brightii als Folge der Schwangerschaft verursacht wird, aber ebenso häufig unabhängig von dieser Krankheit vorkommt. Eine sorgfältige Analyse der in jede dieser Gruppen gehörenden Ansichten (die ganze Arbeit umfasst 56 Druckseiten) führt den Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Es existirt kein Grund, warum die Ursachen, welche im nicht puerperalen Zustande Convulsionen hervorrufen können, als ätiologische

Momente der puerperalen Convulsionen zurückgewiesen werden sollten. Es unterliegt daher keinem Zweifel, dass peripherische Reize verschiedener Art (physischer oder psychischer Natur), wie sie besonders bei Primiparen inter partum vorkommen, bei der Schwangeren eigenen Hyperästhesie im Stande sind, Convulsionen hervorzurufen. Und diese Convulsionen können auch nach scheinbarer Entfernung des Reizes auftreten oder fortdauern, da die Folgen der Reizung der Nervencentra nicht nothwendigerweise mit dem Reize selbst aufhören. 2) Es ist keineswegs unmöglich, dass p. E. durch die bei schweren Entbindungen gewöhnliche Congestion der Nervencentra verursacht werden kann, obschon die Zahl solcher Fälle vermuthlich eine geringe ist. Diese beiden ersten Gruppen enthalten eine verhältnissmässig geringe Zahl von wenig gefährlichen, und eine noch kleinere Zahl gefährlicher Fälle. 3) Alle übrigen Fälle von p. E. sind dem Einflusse der Bright'schen Nierenkrankheit zuzuschreiben, welche Krankheit entweder vor der Schwängerung vorhanden, oder erst während der Schwangerschaft entstanden sein kann. Wenn auch jede Frau mit M. Br. nicht bestimmt ist p. E. zu bekommen, so ist unbestreitbar, dass bei vorhandenem M. Br. die Schwangerschaft die Dispositon zu Convulsionen erhöht. Ist die Nierenkrankheit erst während der Schwangerschaft acquirirt, so ist sie gewöhnlich eine katarrhalische (parenchymatöse oder tubulöse) Nephritis, ähnlich der nach Scharlach. In allen solchen Fällen findet sich Eiweiss im Urin. Jene Fälle, wenn auch gefährlicher Natur, in denen Eiweiss fehlt, gehören in die oben genannten ersten 2 Kategorieen. Dabei ist aber zugegeben, dass Convulsionen selber Albuminurie erzeugen können, jedoch gewöhnlich in geringem Grade, und natürlich erscheint das Eiweiss dann erst nach den Convulsionen, nicht wie bei der auf Nephritis beruhenden Eklampsie, vorher. In allen Fällen daher, in denen Albuminurie den Convulsionen vorangeht, ist eine mehr oder weniger ausgesprochene Nierenentartung vorhanden, welche häufig nur mikroskopisch nachzuweisen ist. — Die Ursachen der erst während der Schwangerschaft entstandenen Nierenerkrankung sind nach Verf. theils Stauungscongestion, theils eine dem Scharlachgifte ähnliche, auf grösserer Resorption der Ausscheidungsproducte während der Schwangerschaft beruhende Blutvergiftung; theils die gewöhnlichen, auch ausser der Schwangerschaft einwirkenden Momente, und irren jene Autoren, welche der einen oder anderen Ursache die alleinige Schuld zuschreiben. Was das die Convulsionen unmittelbar erregende Agens betrifft, so glaubt Verf., dass es weder Harnstoff, noch kohlensaures Ammoniak, noch irgend ein einzelner im Blute zurückgehaltener Stoff sei, sondern die Gesammtmasse aller Ausscheidungsproducte, deren Excretion durch die kranken Nieren ganz oder theilweise unterbrochen ist. Mit der Beseitigung der Nierenverstopfung können dann je nach dem Grade oder der Dauer der Retention und der localen Läsion die Symptome schwinden.

P. F. Mundé (New-York).

---

6. S. T. **Beatson** (Glasgow). Zur Diagnose maligner Abdominaltumoren.

(Glasgow med. Journ. 1879. Juli.)

Der hauptsächlich ausgeführte Punkt betrifft den Nutzen, der in zweifelhaften Fällen durch Punction und mikroskopische Untersuchung der so erhaltenen Flüssigkeit erzielt wird. In dem der Arbeit zu Grund liegenden Fall hat Pat. einen doppelten Tumor, der aus dem kleinen Becken herauswuchs, ziemlich unbeweglich, mit Flüssigkeit zwischen den hervorstehenderen Theilen.

Pat. war 21 Jahr alt, ledig, sehr abgemagert und heruntergekommen. Die Diagnose wurde auf doppelseitige bösartige Ovarialtumoren gestellt, mit circumscripter Peritonealausscheidung um dieselben.

Die mikroskopische Untersuchung einer kleinen Menge mit Aspiration entfernter Flüssigkeit zeigte eine Menge Zellen von verschiedener Grösse, mit 1—3 Kernen. Dies zusammen mit dem Doppeltsein des Tumors bestätigte die Diagnose, die später durch die Section bekräftigt wurde. Der Fall zeigt also aufs neue den Werth der in dieser Hinsicht von Foulis gemachten Untersuchungen und Vorschläge.

Underhill (Edinburg).

---

7. **Pauli** (Berlin). Ueber den Uebergang der Salicylsäure in die Milch der Wöchnerinnen.

Dissertat. Berlin. 1879.

Der directe Nachweis der Salicylsäure in der Milch nach Einfuhr dieses Stoffes gelang bei Wöchnerinnen bis jetzt nur Hoerder (s. Archiv für Gynäkologie Bd. X. p. 187. Angabe der Methode fehlt), bei Meerschweinchen Ch. Livon und J. Bernard, während Fehling und Porak sie im Harn der betreffenden Säuglinge fanden. Andere, z. B. Richter, konnten sie weder im Harn noch in der Milch nachweisen, ein Umstand, der offenbar nur auf Rechnung ungenügender Methoden zu setzen war.

P., der unter Gusserow und Baumann arbeitete, gelang es nun, den Beweis für den Uebergang des Stoffes sowohl in die Milch als in den Urin der Säuglinge mittels sehr genauer Untersuchungen zu liefern. Die von Fetten befreite Milch wurde angesäuert, mit Aether geschüttelt, nach Verdunstung desselben der Rückstand mit Wasser versetzt und filtrirt, worauf die Reaction mittels einer 5 % Eisenchloridlösung ausgeführt wird. Die Intensität derselben hing von der Menge des eingeführten Stoffes (bei 2,0 Säure oder 5,0 Natronsalz schwache, selbst keine Reaction), von der Stärke der Milchsecretion und dem Zeitpunkt der Untersuchung ab. Nach 24 Stunden war die Reaction bei genügender Zufuhr stets deutlich, nach 36 Stunden schwach oder blieb ganz aus.

Die quantitative Bestimmung wurde auf calorimetrischem Wege

gemacht. Ihr Resultat erlaubt den Schluss, dass bei 4—8,0 Salicylsäureeinfuhr 0,075 bis höchstens 0,15 in 24 Stunden durch die Milch ausgeschieden werden.

Aus dem Harn wurde die Salicylsäure gleichfalls mit Aether extrahirt. Gab man der Mutter nur 2,0 Säure, so war die Reaction im kindlichen Urin noch deutlich, bei 3,0 sogar intensiv. Der Nachweis der Salicylsäure im Harn gelingt überhaupt viel leichter als in der Milch 0,5 mg Salicylsäure in 20 ccm Milch lassen sich nicht mehr mit Sicherheit nachweisen, dagegen geben 0,2 mg in 20 ccm Harn noch eine deutliche Reaction.

Weitere Untersuchungen ergaben, dass die eingenommene Salicylsäure überhaupt nicht quantitativ im Harn wiedererscheint, sondern dass kleine Mengen anderweitig, z. B. durch den Speichel, eliminirt werden. Gab man einer erwachsenen Person 0,03 Acidum salicylicum, so liess sich dieselbe im Harn überhaupt nicht nachweisen. Aus diesem Grunde ist es daher auch nicht erlaubt, aus den Ergebnissen der Untersuchung des kindlichen Urins genaue Schlüsse auf die vom Kinde mit der Milch aufgenommene Menge von Salicylsäure zu machen.

Runge (Berlin).

---

8. **Puech** (Nimes). Neue Beobachtung eines »Uterus pubescent« mit Autopsie.

(Gaz. obstétr. 1879. No. 14.)

Verf. kommt, unter ausführlicher Beschreibung eines neuen Falles mit Sectionsbericht, auf seinen Aufsatz in der Gazette obstétricale 1877, No. 10 zurück, indem er ausführt, dass er den von Schröder nach dem bisherigen Gebrauch beibehaltenen Namen der angeborenen Atrophie des Uterus für diesen Zustand zurückweisen müsse, da er nicht begründet sei; es handele sich nicht um eine Atrophie, sondern um eine Wachsthumshemmung, die den Uterus kurz vor dem Uebergang zur Geschlechtsreife treffe. Im Deutschen würde sich für das wohl kaum übersetzbare pubescent der Ausdruck infantil eignen. Dass Verf. unser Referat über seinen damaligen Aufsatz (Centralbl. 1877. p. 264) für eine lebhafte Zurückweisung seiner Ansicht hält, ist nicht berechtigt.

Schellenberg (Leipzig).

---

9. **Patenko** (Petersburg). Zur Lehre von der physiologischen Thrombose der Uterusgefässe während der Schwangerschaft. Mit Abbildungen.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 3.)

Friedländer machte zuerst (1870) die interessante Beobachtung, dass gegen Ende der Gravidität sehr viele Gefässe des Uterus an der Placentarstelle durch eigenthümliche, aus grossen, schönen, den Deciduazellen ähnlichen Elementen bestehende Thromben verstopft werden.

Leopold bestätigte diese Beobachtung und sprach die Ansicht aus, dass die die Gefässe obturirenden Zellen aus der Umgebung durch die Gefässwandung eingedrungene Riesenzellen seien.

P. dagegen hält es auf Grund seiner drei Uteris entnommenen und sehr schön abgebildeten Präparate für das Wahrscheinlichste, dass die obturirenden Thromben nicht eingewandert, sondern directe Abkömmlinge der Gefässendothelien sind.

Er denkt sich den Vorgang folgendermassen:

In den späteren Monaten der Gravidität tritt in zahlreichen Gefässen des Uterus an der Placentarstelle eine Aufquellung und Vergrösserung der Endothelien auf; dadurch entstehen auf der Innenfläche des Gefässrohres beträchtliche Unebenheiten, die eine Verlangsamung des Blutstromes und schliessliche Thrombose zur Folge haben. Diese Thromben üben auf die bereits in Proliferation begriffenen Gefässendothelien einen starken Reiz aus, es kommt zu einer bedeutenden Hypertrophie und Hyperplasie der Endothelien, die dadurch neuentstandenen Zellen lösen sich von der Wand los, dringen in den Thrombus selbst ein, wachsen zu Riesenzellen aus und bewirken die schliessliche Organisation des Thrombus.

Schwarz (Halle a/S.).

---

10. **Hergott** (Nancy). Ergotin subcutan.

(Revue méd. de l'Est 1879. No. 13.)

In einer Sitzung der medicinischen Gesellschaft zu Nanzig spricht H. über die Anwendung der subcutanen Einspritzungen von Ergotin und glaubt, dass die Yvon'sche Formel die beste sei. In einem Gramm dieser Lösung sind die wirksamen Substanzen eines Grammes Secale enthalten. Niemals spritzt H. mehr wie 1 Gramm der Lösung ein und hat nie dabei eine Ohnmacht beobachtet.

Spillmann theilt mit, dass er in 2 Fällen einige Secunden nach einer Ergotineinspritzung eine starke Röthung auf der der eingespritzten Körperhälfte entgegengesetzten Gesichtshälfte und selbst eine leichte Anschwellung des betreffenden Augenlides beobachtet hätte.

E. Hüter (Strassburg i/E.).

---

11. **C. Ruge** (Berlin). Ueber cerebrale Embolie bei Neugeborenen.

(Zeitschr. für Geburtsh. u. Gynäkologie Bd. X. Hft. 2.)

Verf. berichtet über 3 Fälle, die Resultate zweier Kephalothrypsien und eines Zangenversuches, in welchen ausser den durch die Instrumente und die Extraction herbeigeführten Knochenbrüchen, Muskelzerreissungen und Blutergüssen in den verschiedenen Körperhöhlen die Leichen der Kinder folgende Befunde boten: einmal fand sich eine teigige pflaumengrosse Geschwulst unter der Haut des Halses, aus Gehirnmasse bestehend, die durch den Spinalcanal und eine Rupturstelle der Halswirbelsäule ihren Weg genommen hatte. In

den beiden andern Fällen fanden sich dieselben Massen verschiedene Venen und Arterien des Körpers in ziemlicher Ausdehnung verstopfend. In einem weiteren Falle aus der Berliner Poliklinik zeigte ein ohne Instrumentalhülfe durch Wendung und nicht schwierige Extraction zur Welt gebrachtes Kind, dessen Kopf nach mehrstündigem Wasserabflusse stark gegen Beckeneingang und eigene Brust gedrückt worden war, in dem im Herzen enthaltenen Blute grauweisse Partikelchen, die zweifellos aus Gehirnmasse, eine Verwechselung mit Blutgerinnseln ist sicher ausgeschlossen, bestanden. Verf. weist auf die Gefahr hin, die solche als Embolie wirkende Hirnmassen mit sich bringen, doch wird wohl die, wenn auch nur in geringer Ausdehnung stattfindende Zertrümmerung des Gehirns mehr zu fürchten sein, als die nachfolgende Fortspülung der Detritusmassen durch den Blutstrom.

Herdegen (Stuttgart).

---

12. **B. Stiller** (Pest). Bemerkungen über Wanderniere.

(Wiener med. Wochenschrift 1879. No. 4, 5.)

Verf. controllirte die Mittheilungen Bartels (Berliner klin. Wochenschrift 1877 Dr. Müller Warneck) dass die widernatürliche Beweglichkeit der rechten Niere einen Einfluss auf die Entstehung der Magenerkrankung und Erweiterung habe. Die Versuche, die Bartels an Leichen anstellte, erwiesen, dass sobald die rechte Niere ihren Platz verlässt, die Pars descendens duodeni comprimirt wird und so die Entleerung des Mageninhaltes in das Duodenum ein mechanisches Hinderniss erfährt.

Verf. suchte, um sich von der Richtigkeit der Bartels'schen Anschauung zu überzeugen, die in diesen Fällen nothwendig vorhandene Insufficientia pylori — normaler Weise bildet der Pylorus einen festen Abschluss zwischen Magen und Darm — nachzuweisen. Er dehnte bei verschiedenen Spitalskranken den Magen mit durch Brausemischungen erzeugter Kohlensäure aus. Es liessen sich in normalen Fällen die Grenzen des Magens, theils durch die gebildete Hervorwölbung, theils und besser durch die Percussion deutlich ermitteln. Dasselbe Experiment, mehrmals bei einer 64jährigen Frau ausgeführt, die an einer rechtsseitigen Wanderniere litt, ergab immer, dass der Pylorus insufficient war und bestätigte so die Richtigkeit der Bartels'schen Anschauung. **Bandl** (Wien).

---

13. **Fiaux** (Paris). Empfängniss nach Amputation der Brüste.

(Gaz. des hopitaux 1879. No. 8.)

Nachdem Verf. die intimen Verhältnisse zwischen Ovarien und Brüsten und den grossen Einfluss der ersteren auf letztere im physiologischen und pathologischen Zustand durch zahlreiche Beispiele gezeigt hat, sucht er auf experimentellem Wege zu erfahren, ob

nicht Entfernung der Brüste bei Thieren eine Rückwirkung auf die Function der Geschlechtsorgane ausübt. Auf Grund einiger Experimente an Meerschweinchen, denen beide Brüste amputirt wurden, schliesst Verf., dass eine solche Rückwirkung absolut nicht besteht. Begattung, Tragzeit, Geburt und Entwickelung der Jungen boten nichts abnormes. **E. Hüter** (Strassburg i/E.).

---

14. **A. Martin** (Berlin). Ueber Blasencervicalfisteln.

(Separatabdr. aus der Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäkologie Bd. IV. Hft. 2.)

Die Blasencervicalfisteln hält Verf. für nicht so selten, als gewöhnlich angenommen wird, sondern glaubt, dass sich dieselben häufig der Beobachtung entziehen, da sie in Folge der puerperalen Rückbildung des Scheidentheils eine grosse Tendenz zur Spontanheilung besitzen. Zum Beleg dafür theilt er 3 Fälle mit, in welchen nach längerem Urinabgang aus der Vagina ohne nachweisbare Verletzung derselben die Harnsecretion im Verlauf des Wochenbetts sich wieder von selbst geregelt hatte.

Wenn keine Spontanheilung zu Stande kommt und auch die Cauterisation nicht zur Heilung führt, sind die Hysterocleisis oder der directe operative Verschluss der Fistel anzuwenden. Letzterer ist bis jetzt in 5 Fällen ausgeführt, Verf. veröffentlicht einen sechsten. Die oberhalb der vorderen Muttermundslippe von unten rechts nach oben links das Collum und die Blasenwand durchsetzende Fistel wird allmälig durch Dehnung der Scheide und Spaltung der vorderen Muttermundslippe zugänglich gemacht und nach verschiedenen vergeblichen Heilungsversuchen durch Cauterisation mittels Anfrischung und Naht in 3stündiger Operation geschlossen. Am 17. Tage nach der Operation konnte Pat. als geheilt entlassen werden, nachdem vorher vorübergehender, bei starkem Stuhldrang aufgetretener Urinabgang durch die Scheide beobachtet worden war.

Engelhorn (Winnenthal).

---

15. **J. Veit** (Berlin). Ueber die Behandlung der Fehlgeburt.

(Separatabdr. aus der Zeitschr. für Geburtsh. und Gynäkologie Bd. IV. Hft. 2.)

Verf. hat die von Fehling (Archiv für Gynäkologie Bd. XIII. p. 222) vorgeschlagenen Principien bei der Abortusbehandlung geprüft und glaubt seine Bedenken dagegen in Folgendem aussprechen zu müssen. Die exspectative Behandlung bis zum Auftreten bestimmter Indicationen zu operativen Eingriffen war für den Verf. bisher stets ausreichend gewesen; Fehling's Gründe für sein Vorgehen scheinen ihm nicht zwingend und auf keine allgemeinen geburtshülflichen Principien zurückzuführen zu sein; das vorgeschlagene Verfahren erfordert eine grössere manuelle Fertigkeit als Fehling anzunehmen scheint. In der weiteren Ausführung theilt Verf. mannigfaltige mit dieser Frage zusammenhängende Erfahrungen mit und

warnt unter anderem speciell vor der Anwendung des scharfen Löffels zur Entfernung von Placentaresten.

Engelhorn (Winnenthal).

---

16. **E. W. Jenks** (Detroit). Ueber Perineorrhaphie und ihre wohlthätige Wirkung besonders bei leichten Dammrissen; nebst Beschreibung eines neuen Operationsverfahrens.

(Amer. Journ. of obstetr. 1879. April.)

Im ersten Theil seines Artikels giebt J. eine Auseinandersetzung der nachtheiligen Folgen selbst unbedeutender Dammrisse in Bezug auf die Involution der Scheide und der Gebärmutter, die Entstehung von Prolaps u. s. w., wobei er jedoch dem in den Handbüchern Gelehrten nichts Neues beizufügen hat. Seine neue Operationsweise, die für alle Fälle, leichte wie schwere Dammrisse, passe, beschreibt er so:

Nachdem die Labien durch Assistenten auseinandergezogen, wird an der Grenze zwischen Haut und Mucosa mit der Scheere eingezwickt und in dieses Loch die Spitze einer feinen, leicht gebogenen Scheere eingestochen, und mittels der letzteren, während der linke Zeigefinger vom Rectum aus das Instrument leitet, die Schleimhaut entsprechend hoch hinauf in die Vagina und zu beiden Seiten des Introitus von ihrer Unterlage losgelöst und abgetragen. Die entblösste Fläche gleicht einem rechtwinkligen Dreieck, dessen Basis der Commissur entspricht oder auch »einem Schmetterling, wobei die ausgebreiteten Flügel die seitliche Anfrischung der Vulva und der Leib des Insectes die in der Mitte der hinteren Scheidenwand ansteigende Anfrischung vorstellen soll«. (Die dem Original beigefügten Holzschnitte lassen die sonst etwas unklare Beschreibung allerdings deutlicher erscheinen. Ref.) Der Schluss der Wunde geschieht vom Damme aus, 3—5 Hefte genügen. Silberdraht giebt die beste Naht. — Uebrigens scheint J. den Hauptvorzug seines Verfahrens in die Art und Weise der Anfrischung zu setzen, von der er rühmt: 1) dass sie sich rasch vornehmen lasse; 2) dass dadurch das Abfliessen von Blut in die Vagina verhindert werde, indem solches nur aus der Stichöffnung neben der Scheere heraussickere; 3) dass genaue und vollständige Anfrischung dadurch erleichtert werde, dass die Verfärbung der bereits von ihrem Bette abgetrennten Schleimhaut den Operateur jeweilen den Weg erkennen lasse, den die Scheere genommen.

Banga (Chicago).

Casuistik.

17. **E. H. Stevens** (Cambridge, Mass.). — Inversio uteri puerperalis von 9 Monate Dauer; Reposition.

(Boston med. and Surg. Journ. 1879. Febr. 20.)

Pat., 22 Jahre, Primipara, schwere, 5 Tage dauernde Entbindung, Nachgeburtlösung. Fast ununterbrochener Blutverlust seit der Entbindung. Pat. ganz exsan-

guinirt. Diagnose der totalen Inversion nicht besonders schwierig, als Verf. die Pat. 9 Monate und 4 Tage nach der Entbindung sah. Unter Aether wurde der Fundus mit der rechten Hand nach oben gedrückt und zugleich der Cervix mit den Fingern erweitert, während die linke Hand über der Symphyse einen Gegendruck ausübte. Nach $1^3/_4$ Stunde war es gelungen, den Fundus fast ganz in die Uterushöhle zurückzuschieben, aber der Zustand der Pat. rieth zur Unterbrechung der Operation. Ein Colpeurynter wurde eingelegt und 2 Mal während der nächsten 60 Stunden erneuert. Dann wurde wieder unter Aether die Reposition versucht, aber nach 2 Stunden war es nur gelungen, den Fundus ganz innerhalb des Os ext. zu bringen, als der Schwächezustand der Pat. wiederum eine Unterbrechung benöthigte. Um das Gewonnene nicht zu verlieren, wurden (nach Emmet's Vorgang) 4 tiefe Drahtsuturen durch die Muttermundslippen geführt und gedreht. Etwa 1 Stunde später kamen heftige, Nachwehen ähnliche Schmerzen, welche $^3/_4$ Stunde dauerten und nach einem Gefühle, als ob etwas innen nachgegeben habe, aufhörten. Pat. fühlte sich dann schwach, aber wohl. Als an 2. Tage die Nähte entfernt wurden, fand Verf. den Uterus vollständig reponirt, $3^1/_4$ Zoll tief. Etwa 6 Monate später concipirte Pat. und machte eine normale Entbindung und Wochenbett durch. **P. F. Mundé** (New-York).

18. **Ch. Black** (St. Louis). Uterusruptur inter Partum, Laparotomie, Entfernung des todten Fötus, Zunähen der Uteruswunde, Tod.

(St. Louis med. and Surg. Journ. 1879. Juni.)

Als der vorliegende Kopf nach dem Blasensprunge während einer kräftigen Wehe bei noch unverstrichenem Muttermunde auf den Damm drückte und die Schamspalte öffnete, stiess Pat. plötzlich einen Schrei aus, der Kopf wich zurück, die Lippen wurden blau, und Pat. klagte über heftigen Schmerz im Unterleibe. 2 Stunden später, Puls klein, frequent, keine bedeutende Prostration, aber fortwährender Unterleibsschmerz. Die kleinen Kindestheile unmittelbar unter der Bauchwand fühlbar. Per vaginam drang die Hand durch einen grossen Riss in der vorderen Scheiden-cervicalwand in die Bauchhöhle und kam gegen den Kopf und eine Hand des Kindes und die Gedärme der Mutter. Unter Chloroform wurde auf gewöhnliche Weise der mediane Bauchschnitt gemacht, und das Kind am Arme hervorgezogen, sowie die in der Bauchhöhle frei liegende Placenta; etwa 500 g flüssiges und geronnens Blut wurde aus der Bauchhöhle entfernt. Der von dem rechten Scheidengewölbe schief nach oben in den linken Halstheil gehende Riss wurde mittels 12 starker Seidenligaturen, deren Knoten gegen die Scheide zu geschürzt wurden, geschlossen. Das subperitoneale Zellgewebe war so infiltrirt, dass es für die ganze Dicke der Wandfläche gehalten wurde. Erst nachdem mehrere Nähte zu oberflächlich gelegt worden waren, wurde der Irrthum entdeckt und die Scheidenwand mitgefasst. Bei der Toilette der Bauchhöhle bemerkte Verf. eine unter dem Omentum am rechten oberen Ende der Bauchwunde hervorquellende rahmartige, leicht gelbliche Flüssigkeit, welche vollständig klar ohne Beimischung von Blut bis zur Menge von etwa 150 g ausfloss. Diese Flüssigkeit war geruch- und geschmacklos, und gerann bald an der Luft, indem sie das Aussehen von geronnenem weissen Talg annahm. Spätere chemische Untersuchung liess keinen Zweifel, dass die Substanz Lymphe oder Chylus war, vermuthlich aus einem grösseren Lymphgefäss oder Receptaculum chyli stammend.

Die Bauchwunde wurde auf die gewöhnliche Weise geschlossen. Pat. starb an Erschöpfung und Shok 22 Stunden nach der Operation.

P. F. Mundé (New-York).

19. **J. L. Dixon** (Burns Station, Tenn). — Uterusruptur, Genesung.

(Southern Pract. 1879. Mai.)

Pat., 30 Jahre, Viertgebärende, seit 6 Jahren an Endometritis leidend. Verf. wurde 6 Stunden nach der Geburt des 4. Kindes von der Hebamme gerufen, um

die Placenta zu erfernen. Seine Hand ging sofort durch eine grosse Ruptur im Fundus uteri in die Bauchhöhle. Die Placenta war am Rande des Risses fest adhärent. Ehe Verf. seine Hand mit der gelösten Placenta entfernte, gab er eine Dosis Secale, welches den Uterus contrahirte und Hand mit Placenta hervortrieb. Am nächsten Tage heftige Peritonitis, Therapie, Opium, Klystiere, Stimulation. Obschon am Rande des Grabes, erholte sich Pat. nach dem 10. Tage und ging langsam der Genesung entgegen. Lebt jetzt in schwacher Gesundheit absque marito. **P. F. Mundé** (New-York).

20. **C. G. Hubbard** (Hornellsville, N. Y.). — Ruptur der Milz während der Geburt. (New-York med. Journ. 1879. Juli.)

Pat., 28 Jahre, 7 Monate in ihrer 3. Schwangerschaft, consultirte Verf. wegen einer Geschwulst in der linken Seite, welche seit 2 Jahren erschienen war. Verf. diagnosticirte eine durch Intermittens bis auf 15—20 cm im Durchmesser vergrösserte, frei bewegliche Milz, und empfahl Aufschieben der Behandlung bis nach der Entbindung. Dieselbe fand zur rechten Zeit statt, dauerte 40 Stunden und zeichnete sich nur durch Wehenschwäche aus, welche mittels Secale, heisses Fussbad, und Blasensprengung bekämpft wurde. 8 Stunden nach der Entbindung wurde Verf. eilig gerufen und fand Pat. todt. Seit 2 Stunden nach der Entbindung hatte Pat. über Unruhe geklagt, 3 Stunden später trat plötzliche Ohnmacht ein, von welcher sie sich nicht erholte. Die Section erwies eine 25 cm lange, 15 cm breite und 8 cm dicke, 2 kg wiegende Milz, über deren vordere Fläche ein 15 cm langer, 6,6 cm breiter, zackiger Riss verlief. Aus der Bauchhöhle wurden über 3000 g Blut entfernt. Dass der Riss nicht während des Geburtsactes entstand, ist Verf. daraus ersichtlich, dass die Geburt sich gerade durch Wehenschwäche auszeichnete und wenigstens 5 Stunden nach der Entbindung durchaus kein Zeichen eines solchen Ereignisses oder von Blutverlust vorhanden war. Wahrscheinlich entstand der Riss plötzlich, ganz kurz vor dem Collapsus und Tode.

P. F. Mundé (New-York).

21. **Th. Boyson.** Ein Präparat von Drillingen, wodurch die Möglichkeit der Superfötation noch im dritten Monate bewiesen wird.

(Western Lancet 1879. April.)

Verf. wurde von einer Drittgebärenden (1 Mal Zwillinge) für ihre am 20. Mai (9 Monate 2 Tage nach der letzten Menstruation) erwarteten 3. Entbindung engagirt. Am 9. März gerufen, fand er Pat. kreissend; Unterleib sehr gross, aber regelmässig. Entwickelung eines gesunden lebenden, dem 7. Schwangerschaftsmonate entsprechenden Kindes in Fusslage; eine 2. Blase stellte sich dann, und ein zweites etwa 4—4 $^1/_2$ Monate altes Kind wurde in den Eihäuten geboren; ein drittens Kind stellte sich dann in Fusslage und wurde extrahirt; es entsprach an Alter und Grösse dem ersten, alle 3 Kinder waren männlichen Geschlechts. No. 2 lebte 1—2 Stunden, No. 1, 12 Stunden, und No. 3, 36 Stunden. Die Placenta bestand aus 2 Theilen, mit grösserer, fester, dunkler für die 2 älteren Kinder, und ein kleiner, heller, weicher, für den kleinen Fötus. Die älteren Kinder hatten eine gemeinsame Eihöhle, der jüngere Fötus einen Eisack für sich mit Zotten an der Aussenfläche: Der kleine Fötus war gut entwickelt, kräftig für sein Alter, und von Atrophie keine Spur. Die Unterschiede zwischen den 2 grösseren und dem kleineren Fötus, worauf Verf. seine Diagnose der Superfötation baut, sind folgende:

	Zwillinge.	Kleiner Fötus.
Grösse	15—16 Zoll lang	9 Zoll lang
Gewicht . . .	Etwa 4 Pfund	Etwa 1 Pfund
Kopf.	Dem Körper entsprechend	So gross wie der Körper
Haar	Gut entwickelt, schwarz	Keines
Augenlider . .	Getrennt	Verwachsen

	Zwillinge.	Kleiner Fötus.
Haut	Roth	Weiss
Nägel	Gut entwickelt	Klein und weich
Hoden	Am inneren Inguinalring	Hoch in der Bauchhöhle
Herz	For. ovale fast geschlossen, Semilunar- und Eustachi'sche Klappe zurückgedrängt	For. ovale offen, Eustachische Klappe stark entwickelt
Placenta . . .	Farbe und Consistenz fleischartig	Blasse Farbe, weich
Eihäute . . .	Glatt, gemeinsam	Einzeln, mit Zotten.

P. F. Mundé (New-York).

22. **Garstand.** Einleitung künstlicher Frühgeburt in einem Fall von Beckenenge. — (Med. Tim. and Gaz. 1879. vol. II. No. 1518. Aug. 2. p. 121.)

25 Jahr alte Frau, hat mehrmals frühzeitig geboren, zuletzt mit Craniotomie, abermals schwanger, zeigt Vorspringen des Promontorium. Mitte des 8. Monats Versuch durch Einlegung eines Katheters Frühgeburt einzuleiten, misslingt; nach Einbringung eines kleinen Barnes'schen Dilatators beginnen Wehen, Placenta präv. lat., Wendung, Entwickelung eines todten Kindes. Nach häuslichem Aerger entsteht Pelvi-Peritonitis, Tod am 9. Tage. Section zeigt Peritonitis und folgende Maasse: im Beckeneingang Conjugata $3^1/_8$", schiefer Durchmesser $4^3/_4$", im Beckenausgang gerader Durchmesser $3^5/_8$", querer zwischen den Spinae $4^1/_4$".

Lühe (Stralsund).

23. **S. Sloan** (Glasgow). Compression des Uterus und die lange Zange bei langwierigen Geburten.

(Glasgow. med. Journ. 1879. Mai.)

Verf. empfiehlt Druck auf den Fundus uteri mit der Hand oder mittels einer Bandage als ein gutes Hülfsmittel und gelegentliches Ersatzmittel für die Zange. Im vorliegenden Fall war er trotz 50 Minuten langem Bemühen nicht im Stande, mit der langen doppelt gekrümmten Zange die Entbindung zu bewerkstelligen. Da nach ihrer Entfernung Druck angewandt wurde, trat die Rotation des Schädels ein und die Geburt endete spontan.

Die Geburt war durch eine Hinterscheitelbeinlage (Pfeilnaht nahe der Schamfuge) aufgehalten worden, welche vielleicht dadurch entstanden war, dass die rechte Hand hinter dem rechten Ohr in der Höhe lag.

Underhill (Edinburg).

24. **L. Tait** (Birmingham). Erfolgreiche Entfernung einer Parovarialcyste, die in Folge von Drehung und Strangulation des Stiels gangränös geworden war. (The Lancet 1879. Juni 28.)

Bei der Eröffnung der Bauchhöhle war die Cyste schwarz, durch frischen Faserstoff ringsum adhärent, der Inhalt ebenfalls schwarz, die Wunde der Cyste schwarz gangränös und brüchig. Der Stiel war 3 oder 4 Mal gedreht und an der Stelle der grössten Verdünnung von Bleistiftdicke. Das rechte Ovarium war mit gangränös, jedoch nicht in dem Tumor aufgegangen. Nach der Entfernung der Geschwulst erfolgte rasch Wiederherstellung. **Underhill** (Edinburg).

25. **Thorburn** (Manchester). Fall von sofortiger Heilung selbstmörderischer Manie durch Einleitung der Fehlgeburt.

(The Lancet 1879. Juni 21.)

Pat. hat 4 Kinder und 2 Fehlgeburten gehabt, schon während der letzteren zwei an krankhaften Empfindungen und Ideen gelitten. Von Beginn der jetzigen Schwangerschaft an litt sie an starker geistiger Depression und schwerem Krankheitsgefühl, darauf trat Melancholie und Selbstmordsgedanken ein. Nunmehr wurde

beschlossen, Fehlgeburt einzuleiten. Ein weiches Bougie wurde in den Uterus eingeführt und schon wenige Stunden hernach verschwanden die schlimmen Symptome, um erst wiederzukehren, als das Instrument entfernt wurde. Es wurde noch einmal eingeführt und erst am nächsten Tag trat die Geburt ein. Von dem Augenblick an, wo das Ei geboren wurde, verschwanden alle krankhaften Erscheinungen des Körpers und Geistes und sie erfreut sich jetzt völliger Gesundheit.

Underhill (Edinburg).

26. **Hryntschak** (Wien). Lues hereditaria als Ursache der Nabelblutung Neugeborener.

(Centralzeitung für Kinderheilkunde II. Jahrgang No. 21.)

Das 8. Kind eines Ehepaares, das vorher 5 todte und 2 lebende später an Lues behandelte Kinder gezeugt hatte, wurde anscheinend gesund geboren. Am 4. Tage Symptome von Ikterus, am 9. Tage Petechien am Rücken und der Brust, in der Nacht Blutung aus dem Nabel. Vola manus und planta pedis zeigten geringe Abschuppung. Die Nabelschnur zu einem trockenen Stumpf geschrumpft noch adhärent. Abtragung des Stumpfes, Verband mit Eisenchloridwatte. Die Blutung steht nicht. Tod am 14. Tage. Section ergiebt Lues, und ist eine durch dieselben bedingte Dissolution des Blutes als auch eine Degeneration der Gefässwände als Ursache der Blutung (auch der Petechien) anzusehen, womit die Ansichten von Hennig, Behrend und Harrowitz übereinstimmen.

Schellenberg (Leipzig).

27. **Fürst** (Leipzig). Casuistischer Beitrag zur Kenntniss von Erkrankungen der Harnorgane beim Weibe. (Mit zwei Holzschnitten.)

(Arch. für Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 3.)

Eine 32jährige, bis dahin gesunde Frau litt nach einer hochgradigen, willkürlichen Suppression der Urinentleerung längere Zeit an theilweiser Incontinenz und Dysurie. Etwa 4 Monate später wurde in der rechten Unterbauchgegend ein über gänseeigrosser, glatter, empfindlicher Tumor entdeckt, der als die dislocirte rechte Niere angesehen werden musste. Zu gleicher Zeit bestand Cystitis, Pyelitis und subacute Peritonitis.

Eines Tages empfand Pat. ohne bekannte Veranlassung einen plötzlichen Stich im Leibe, es trat sofort eine bedeutende Verschlimmerung der peritonit. Symptome ein und nach zwei Tagen erfolgte der Tod. Section: Universelle, eitrige Peritonitis, starke Dislocation der rechten Niere nach vorn und unten, starker, eiteriger Katarrh der Blase und Nierenbecken, eitrige Infiltration der Blasenmucosa und -Muscularis, an der hinteren Wand ausserdem eine durch Ulceration herbeigeführte Perforationsöffnung in die Peritonealhöhle.

Schwarz (Halle a/S.).

28. **Prouff** (Finestère). Temperatur beim Neugeborenen.

(Bulletin et mémoires de la société de chirurgie 1879. Tome V.)

Die Rectaltemperatur beim Neugeborenen fällt sofort nach der Geburt von 37° auf 33° und zwar um 1° innerhalb 15 Minuten. Drei bis vier Stunden später steigt sie wieder langsam. Die Beobachtungen von Guéniot stimmen mit der vom Verf. gemachten überein. **E. Hüter** (Strassburg i/E.).

29. **Van den Bosch** (Liège). Ein spondylolisthetisches Becken.

(Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique 1779. Tome XIII.)

Das Becken ist vom Verf. in der Sammlung des pathologisch-anatomischen Instituts zu Lüttich aufgefunden worden. Die Krankengeschichte der Trägerin dieses Beckens ist leider unbekannt. Das Becken ist asymmetrisch; die Knochen sind porös und leicht. Dist. spin. 0,23. Dist. crist. 0,26. Conj. externa nicht angegeben. Dist. spin. post. sup. 0,097. Distanz zwischen dem oberen Rand der

Symphyse und dem hervorragendsten Punkt des Körpers des 5. Lendenwirbels 0,105. Distanz zwischen oberem Rand der Symphyse und Körper des 1. Kreuzbeinwirbels 0,124. Diam. transv. des Beckeneingangs 0,133. Diam. obliq. sinist. 0,125. Diam. obliq. dextr. 0,130. Der Beckenausgang ist im geraden und im queren Durchmesser leicht verengt. Das Kreuzbein ist mit dem Steissbein vollständig ankylotisch. Von den Lendenwirbeln ist nur der 5. noch vorhanden. Sein Körper liegt vor dem Kreuzbein und zwar ist seine vordere Fläche mit dem Horizont ziemlich parallel und seine untere theilweise mit der vorderen Fläche des zusammengedrückten Körpers des 1. Kreuzbeinwirbels durch Knochensubstanz verbunden. Weder Hydrorhachis noch Schaltwirbel sind vorhanden. Der Process. spinos. des 5. Lendenwirbels ist sehr kurz und von vorn und oben nach hinten und unten gerichtet. Seine Process. articul. infer. bilden mit den Proc. articul. super. des Kreuzbeines eine knöcherne Masse von unregelmässiger Gestalt.

Mittels der Pinard'schen Methode hat Verf. die Contouren des Kreuzbeins auf Papier entworfen. Ein Sagittal-median-Schnitt des Beckens erlaubt diese Verhältnisse auf das genaueste zu studiren.

E. Hüter (Strassburg i/E.).

30. **Baumel** (Montpellier). Fremdkörper der Vagina.

(Montpellier med. 1879. No. 6.)

Zwei eigene Beobachtungen von Fremdkörpern in der Scheide werden vom Verf. beschrieben. In beiden Fällen waren Obstipation, Dysurie, Fluor albus, später alle Symptome eines heftigen Peritonitismus vorhanden. In einem Falle handelte es sich um eine mit Wachs umhüllte Masse Zwirn, welche gegen Prolapsus uteri früher eingeführt wurde. Verf. empfiehlt sehr warm die Anwendung der Geburtszange bei der Entfernung dieser Fremdkörper und macht schliesslich die Bemerkung, dass dieselben sehr oft den Uterus so deformiren, dass die vordere Muttermundslippe ganz verschwindet. (In beiden Fällen war aber der Uterus stark retrovertirt.)

E. Hüter (Strassburg i/E.).

31. **G. Schwabe** (Dresden). Eine frühzeitige menschliche Frucht im bläschenförmigen Bildungszustand; mit 2 Abbildungen.

(Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkologie Bd. IV. Hft. 2. — Zugleich Dissert., Berlin 1878.)

Verf. hatte Gelegenheit, ein frühzeitig ausgestossenes Ei zu untersuchen. Die Decidua bot einen völligen Abguss der Uterusinnenfläche, bei 7,5 cm Länge und 4,5 cm Breite; beim Aufschneiden liefert die Decidua ein Bild ähnlich wie das bekannte Reichert'sche. Die Frucht ist nichts weiter als ein stecknadelkopfgrosser Körper.

Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Decidua vera am dicksten in der Nähe des Fruchtlagers war. Das Epithel ist spindelzellenförmig, Uterindrüsen schmal, schwach gewunden, weiter von der Fruchtkapsel weg stärker gewunden.

Serotina aus grossen rundlichen Zellen mit ebensolchen Kernen bestehend. Drüsen im Ganzen schwach entwickelt.

Reflexa ähnlich gebaut wie die Serotina, Drüsen und Gefässe fehlen ganz.

Das Amnion bildet erst einen Theil der Eihöhle. Das Chorion ist umgeben von einer Protoplasmaschicht, die sich auf die Chorionzotten fortsetzt. Die Chorionzottenstämme enthalten keine Gefässe.

Die Verbindung des Ei's mit der Decidua ist noch sehr lose; das Chorionepithel hat nur leichte Verklebung mit der Serotina eingegangen.

An dem die Frucht darstellenden Knöpfchen bemerkt man 2 bläschenförmige Bildungen, die eine (Frucht) nierenförmig.

Verf. fand also keine so stark entwickelte Decidua wie Friedländer, schliesst sich dagegen Reichert an, der hervorhebt, dass im 1. Monat der Bau der Decidua noch nicht so ausgeprägt sei. Die Anheftung der Zotten anlangend stimmt er mit Braxton Hicks, Leopold, nicht mit Langhans überein.

Während die Reichert'sche Frucht wahrscheinlich nicht ganz normal ist will er die vorliegende als solche betrachten.

Das Präparat soll nach den Angaben der Frau 28—32 Tage alt sein, Verf. schätzt es auf 13—15. — Die Abbildungen erläutern die Verhältnisse.

Fehling (Stuttgart).

32. **Merkel** (Nürnberg). Nierenexstirpation.

(Bayr. ärztl. Intelligenzbl. 1879. No. 21.)

Bei einer 28jährigen Frau, die 2 Mal geboren, fand sich ein Tumor entsprechend der Richtung von der Mitte des rechten Rippenbogens bis zum Nabel; derselbe ist beweglich. Die Nierendämpfung rechts hinten fehlt. Die subjectiven Beschwerden in Gestalt immerwährender Schmerzen im Tumor sind sehr stark. Ausserdem bis zur Psychose gesteigerte hysterische Anfälle. Innerlich liess sich ein leichter Uterusinfarct nachweisen. Die zugleich vorhandene starke Abmagerung der Frau liess den Gedanken an eine carcinomatöse Natur des Tumors berechtigt erscheinen.

Die Operation wurde unter antiseptischen Cautelen vorgenommen, Bauchschnitt in der Linea alba. Nach Einschneiden der Kapsel und Ausstülpung der Niere aus derselben wurden Gefässe und Ureter genau unterbunden mit carbolisirter Seide und versenkt. — Die Niere war 145 g schwer, fettig infiltrirt.

Die Frau starb am 5. Tage unter den Erscheinungen einer Peritonitis, die von Anfang an aufgetreten war.

Die Section wies linksseitige Pleuritis nach, angeblich keine septische Peritonitis. Die Stümpfe gut aussehend, leichte Perihepatitis. An der anderen Niere fand sich ebenfalls Fettdegeneration, der Tod war wahrscheinlich durch Urämie eingetreten.

Im Erbrochnen liessen sich chemisch reichlich Harnsäure und Ammoniakverbindungen nachweisen.

Fehling (Stuttgart).

33. **C. Pawlick** (Klinik C. v. Braun). Zwei Fälle von sectio caesarea nach Porro. (Wiener med. Wochenschrift 1879. No. 2. 3.)

I. Bei einer 26jährigen Erstgeschwängerten mit hochgradig rachitischem asymmetrischen Becken (Conj. vera 5 cm, linke Microchorde gerade noch für einen Finger passirbar) wurde ca. 12 Stunden nach Wehenbeginn die Operation ausgeführt.

Den 10. Mai 1878 Operation, 15 cm langer Schnitt in der Bauchwand, Incision in den in der Bauchhöhle belassenen Uterus.

Bei der Extraction leistete der contrahirte Uterus in der Wunde, der Entwicklung des Kopfes Widerstand und wurde dadurch vor die Bauchwunde gezogen. Kind lebend, reif. Behandlung des Stumpfes mit Billroth'schem Ecraseur, Tags darnach wurde noch eine Spencer Wells'sche Klammer um den Stiel gelegt. Die ganze Behandlung unter Lister'schen Cautelen.

Die Kranke verliess am 45. Tage nach der Operation mit vollkommen geschlossener Wunde das Bett.

II. Bei einer VIII geschwängerten fand die letzte Entbindung durch Wendung und Extraction (lebendes Kind) den 3. Mai 1876 statt. Danach entwickelte sich Osteomalacie und den 4. September 1877 musste die Kranke schon in die Anstalt getragen werden. Das Becken von der charakteristischen osteomalakischen Form hatte in der linken Microchorde 5 cm, in der rechten etwas mehr.

Den 5. Sept. 1877 Operation in der früheren Weise (Kind lebend, reif).

Den 7. Sept. starb die Frau unter Erscheinungen von Peritonitis. Section: Peritonitis.

Bandl (Wien).

Druckfehlerberichtigung: No. 19, p. 469, Zeile 11 v. u. statt genetische: praktische. — p. 470, Zeile 15, statt Picrotonin: Picrotoxin. — Zeile 30, statt Ausleerung: Zerstörung. — p. 471, Zeile 9, statt eintritt: eintreten.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S. (Margarethenstrasse 5), an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart (Alleenplatz 3), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Dritter Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 15 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 21. **Sonnabend, den 11. October.** **1879.**

I. Bericht über die Verhandlungen der gynäkologischen Section der Naturforscherversammlung zu Baden-Baden.

Von **H. Fehling.**

(Schluss.)

1. Sitzung (Fortsetzung), 19. September, Vormittags, Vorsitzender: Hegar (Freiburg).

An den Vortrag Hegar's schloss sich eine Demonstration zahlreicher Lehrmittel, besonders von Skeleten, Beckenabbildungen, Durchschnitten, Beckenmodellen, zahlreichen Abbildungen aus dem Gebiet der Geburtshülfe.

Nachmittags im städtischen Krankenhaus die Vorstellung von 3 Castrirten und 3 wegen Prolapses Operirten.

Freund (Strassburg). Ueber Echinococcus im weiblichen Becken.

Jedem beschäftigten Gynäkologen dürfte wohl schon hin und wieder ein Fall von Echinococcus im weiblichen Becken begegnet sein; dass dem Einen häufiger als dem Anderen, liegt nicht so sehr an der Reichhaltigkeit des zuströmenden Materials als vielmehr an

der geographischen Lage des Ortes der Wirksamkeit. Der Vortragende hat in Schlesien, nach Island wohl dem echinococcus-gesegnetsten Lande Europa's, 18 Fälle von Echinococcus des grossen und kleinen Beckens bei Weibern beobachtet; in allen ist die Anwesenheit des Parasiten durch Punction, eventuell Operation sichergestellt, 10 von denselben konnten bei der Section aufs Genaueste untersucht werden. — Wenn er nach seiner Meinung über diesen Gegenstand, wie er sie aus den ersten Fällen seiner Beobachtung gewonnen hatte, auf die Andrer schliessen darf, so sieht man anfangs diese Fälle als Raritäten an, welche den Rahmen unseres Schemas der Beckentumoren zu durchbrechen scheinen, den Diagnostiker zu überraschen und den Operateur in augenblickliche Verlegenheit zu bringen vermögen. Dass dieser Stand der Meinung über eine pathologische Erscheinung nicht der Natur der Sache entspricht, braucht nicht hervorgehoben zu werden. Die Literatur spiegelt diesen unfertigen Zustand unserer bisherigen Kenntniss getreu wieder. — Redner nimmt die bisherigen Ansichten, welche auf Grund der Zusammenstellungen von Schatz, Neisser gewonnen sind, durch.

Zur Erreichung einer befriedigenden pathologischen, diagnostischen und therapeutischen Kenntniss des Gegenstandes ist die Beantwortung folgender Fragen nothwendig:

1) Welche Gewebe resp. Organe des Beckens empfangen die ersten Niederlassungen des einwandernden Echinococcus?

2) Welche Verbreitungsweise nimmt der Parasit im Becken von diesen Ausgangspunkten?

3) Wie verhalten sich die Beckeneingeweide in Bezug auf Lage und Structur in den verschiedenen Stadien der Entwickelung des Parasiten?

4) Welches sind die Ausgänge des sich selbst überlassenen Processes?

5) Welche Momente führen zu sicherer Diagnose?

6) Welche Therapie ist die sicherste?

Die Beantwortung soll an der Hand des Materials, das der Vortragende in Präparaten und Zeichnungen vorlegte, angebahnt werden.

ad 1) Ins Becken gelangt der Echinococcus primär als Keim, oder secundär als entwickeltes Thier durch Senkung, Wanderung von höher gelegenen Organen des Bauches her. — Primär tritt er im Beckenzellgewebe und dann immer zuerst im hinteren Umfange des Beckens, oder im Knochen und dann an allen möglichen Stellen des Beckens auf. — Dies scheint auf die primäre Verbreitung des Echinococcus durch die Lymph- und weiterhin erst durch die Blutbahnen zu deuten.

ad 2) Der Parasit wandert entlang den Bahnen des Beckenzellgewebes wie parametritische Exsudate oder intraligamentäre Ovarialtumoren, und gelangt aus dem Paraproction ins seitliche Beckenzell-

gewebe, Parametrion, Paracystion, in das subseröse der Fossa iliaca, er verlässt das Becken durch die Incisura ischiadica major, Foramen ovale, unterhalb des Ligamentum Poupartii, abwärts dehnt er den Levator ani bis ans Perinäum; aufwärts gelangt er unter das vordere Parietalblatt des Peritoneum — Alles wie parametritisches Exsudat oder Tumor intraligam. ovarii.

ad 3) Die Beckeneingeweide werden verschoben und gelegentlich durchbohrt (Rectum, Uterus, Vesica urinaria, Vagina; Bauch- und Beckendecken); das Beckenperitoneum nicht. — Wogegen das Mesenterium und das Omentum durchbohrt werden kann, wohl die Hauptquelle für die frei in der Bauchhöhle beobachteten Echinococcen. — Auch in Betreff dieses Punktes wird die Analogie mit parametritischem Exsudat und intraligamentösem Tumor betont.

ad 4) Im Beginn der Erkrankung giebt der Echinococcus als Tumor und nach seinem Sitz Anhaltspunkte für die Diagnose. Später Punction. Vorsicht vor Infection!

ad 5) Breite Eröffnung nach vorheriger Annähung des Tumors an die Bauchwunde bei Operation von den Bauchdecken her; Drainage.

Hierauf werden kurz die primären Beckenknochen-Echinococcen, dann die secundär ins Becken gelangten Echinococcen erwähnt, besonders ein Fall von Einwanderung von Echinococcus aus dem Netz in einen Tumor ov. dermoides mit folliculärer und glandulärer Degeneration. — Damit sind die Lineamente einer Pathologie des Echinococcus gegeben.

Anschliessend demonstrirte Vortragender eine Reihe prachtvoller darauf bezüglicher Präparate.

Zur Discussion bemerkt Battlehner (Carlsruhe), dass er einen Fall von Echinococcus in consultativer Praxis erlebt habe. Nach einem Fall aufs Knie entstand eine Anschwellung unterhalb des Poupart'schen Bandes, die, da der Puls in der Poplitea erlosch, als Aneurysma der Cruralis imponirte. Die zum Behuf der Unterbindung der Arterie gemachte Incision klärte den Sachverhalt auf, es entleerten sich Blasen, gemischt mit reichlicher röthlicher Flüssigkeit. Heilung.

Hegar (Freiburg) empfiehlt nach eigner Erfahrung ausgiebige Incision und betont die gewöhnlich vorhandene starke Blutung aus dem die Blasen umspinnenden Gefässnetz.

Fehling (Stuttgart). Ueber pathologische Beckenformen beim Fötus. (Mit Demonstration.)

Zur Erklärung der Entstehung der Beckenverengerungen ging man bisher fast ausschliesslich von Betrachtung der fertigen Form aus. Der Vortragende versucht durch Studium pathologischer Beckenformen beim Fötus die intrauterin- und extrauterin wirkenden Factoren gesondert zu betrachten. Er fand bis jetzt allgemein verjüngte Becken bei Früchten fast gleicher Entwicklung, z. B. Zwillingen. Grössere Reihen von Messungen an lebenden Früchten versprechen

Aufschlüsse über den erblichen Einfluss des mütterlichen Beckens auf das kindliche, wie ja der Einfluss des Gewichts, der Länge, der Kopfdurchmesser erwiesen ist.

Von grosser Bedeutung ist das nicht seltene Vorkommen platter Becken, bei sonst normalen Verhältnissen, ausserdem bei Hemikephalen, Ectopia viscerum, endlich das allgemein enge platte Becken bei congenitaler Rachitis. Das einfach platte Becken des Erwachsenen wird dadurch verständlicher, als nach den bisherigen Theorien. Zu erinnern ist daran, dass vielleicht der Volksstamm, an dem solche Untersuchungen angestellt werden, von Bedeutung ist, weshalb Vortragender zu theilweise anderen Ergebnissen als Litzmann gelangt sein mag.

Sehr selten sind runde Becken bei normalen Früchten, etwas häufiger bei Hemikephalen mit Spina fissa, entstanden hier durch Verkümmerung der Kreuzbeinflügel. Ganz abnorm, und bis jetzt nur bei nicht lebensfähigen Früchten beobachtet sind querverengte Becken, stammend von Missgeburten mit Spina fissa. Eines dieser Becken ähnelt dem Robert'schen. Zum Schluss werden zwei dreieckige Becken angeführt, von denen eines einem Amelus weiblichen Geschlechts entstammt. Der Eingang ist dreieckig, Beckenstück des Hüftbeins in der Entwicklung zurück, enorme Querspannung des Beckenausgangs. Da von anderen für Ameli theils platte, theils querverengte Becken beschrieben worden, scheint die Form nicht constant, das Vorhandensein oder Fehlen der Extremitäten beim Fötus also nicht von so grosser Bedeutung. Die Querspannung im Beckenausgang findet sich ausser beim Amelus bei angeborener Luxation oder Verkümmerung der unteren Extremitäten. Es ist dies von Bedeutung für die Lehre von der angeborenen Luxation.

Der Vortragende schliesst mit dem Hinweis auf den Werth weiterer Forschungen für Prüfung der gegenwärtigen Beckenlehre und knüpft daran die Demonstration von 18 Becken.

Discussion: Veit (Berlin) hat bei angeborener Luxation ein kyphotisches Becken gefunden zugleich mit Spina fissa. Es fand sich eine vor dem Sacrum liegende Hufeisenniere und Verengung des Beckenausgangs.

Küstner (Jena) macht auf einen männlichen Amelus der Meckel'schen Sammlung aufmerksam.

Ruge (Berlin) kann nach dem von ihm gesammelten Material den Einfluss der Erblichkeit auf bestimmte Beckenformen entschieden bestätigen. Asymmetrische Becken hat er nach schweren Extractionen am Beckenende gefunden.

Hegar (Freiburg) erinnert daran, dass man bei weiteren derartigen Untersuchungen auch das ganze Skelet berücksichtigen möge, nicht das Becken allein, und knüpft daran die Demonstration mehrerer Formen von engen Becken besonders bei Idioten mit Abweichungen des Skelets.

Cohnstein (Heidelberg). Ueber Prädilectionszeit der Schwangerschaft.

Die Aetiologie des habituellen Aborts ist noch viel zu dunkel. Weder Syphilis, noch Anämie, noch Gebärmuttererkrankungen (Impotentia gestandi) erklären die regelmässige Wiederkehr des Aborts, resp. Frühgeburt in dem nahezu gleichen Zeitraum nachfolgender Geburten. Flexionen des Uterus, welche nach Eintritt der Schwangerschaft unverändert bleiben und durch Fixation die Erhebung des Uterus behindern, sind nicht geeignet, das habituelle Absterben zu erklären. Der Denman-d'Outrepont'schen Definition des habituellen Absterbens entspricht eigentlich nur die individuell erhöhte Reizbarkeit. — Es wird auf die Fälle aufmerksam gemacht, in welchen die Geburten bei derselben Frau in den gleichen Monat fallen, fernerhin auf diejenigen Frauen, welche nur die in bestimmten Monaten empfangenen Kinder austragen. Erfahrungsgemäss fallen in sehr vielen Familien die Geburtstage 2 oder mehrerer Kinder verschiedenen Alters in denselben Monat. Es drängt sich die Frage auf, ob jede Frau zu jeder Zeit des Jahres conceptionsfähig sei, ob individuelle Prädilectionsmonate der Schwangerschaft existiren. Bei der individuell verschiedenen Schwangerschaftsdauer müssen nicht allein die auf den gleichen Monat, sondern auch die in die gleiche Schwangerschaftsepoche — welche im Maximum nicht über 3 Wochen angenommen wird — fallenden Geburtstage hinzugerechnet werden. — Das statistische Material von 5000 Volkszählungslisten wird in 2 Gruppen getheilt; die erste umfasst die Fälle von Nichtcoincidenz, in die zweite rangiren alle Fälle der im weitesten Sinne aufgefassten Coincidenz — in dieselbe Jahreszeit, in 2—3 auf einander folgende Monate, in dieselbe Schwangerschaftsepoche, in denselben Monat. — Bei mehr als 2 Kindern sind die verschiedensten Combinationen möglich. Der Procentsatz der Coincidenz in dem gleichen Monat beträgt 34,13 %, in derselben Jahreszeit 62 %. Der Procentsatz der Coincidenz für 2 Kinder ist bei Frauen mit 2, 3, 4, 5 Kindern ein abnehmender, für 3, 4 Kinder bei denselben Frauen ein ansteigender. Umgekehrt liegen die Verhältnisse bei Frauen mit mehr als 5 Kindern. Hier steigt der Procentsatz der Coincidenz für 2 Kinder, während er für mehr als 2 Kinder abnimmt. Frauen mit mehr als 5 Kindern, bei welchen die Coincidenz nur der Wahrscheinlichkeit entspricht, gehören in die Kategorie derjenigen Frauen, welche zu jeder Zeit des Jahres conceptionsfähig sind. Für die Beurtheilung des habituellen Aborts, für gewisse Fälle von Sterilität sind die Fälle am wichtigsten, in welchen bei mehr als 2 Kindern eine vollkommene Coincidenz der Geburtstage Statt hat.

Discussion: Kugelmann (Hannover) theilt seine Erfahrungen über habituellen Abortus mit.

Ruge (Berlin) betont die Häufigkeit der Syphilis. Will mit Statistik vorsichtig sein, da hier verschiedene Factoren in Frage kämen.

Ploss (Leipzig) erinnert, dass nach der Statistik in allen Ländern 2 Prädilectionszeiten der Geburten im Jahre vorkommen, und an die Bedeutung der Gelegenheit des Verkehrs zwischen den Geschlechtern für die Conception, Jahrmärkte.

Jägerschmidt (Petersthal) macht nachträglich noch darauf aufmerksam, dass bei einer ihm wohlbekannten Patientin die Geburten sämmtlicher 4 Kinder (von 9, 7, $4^1/_2$, $1^1/_2$ Jahren) in den Monat Januar gefallen. Die Frau hat einmal abortirt; wäre die Schwangerschaft nicht unterbrochen worden, so wäre die Geburt gleichfalls in den Januar gefallen.

2. Sitzung. 19. September, Nachmittags. Vorsitzender: Hildebrandt (Königsberg).

Leopold (Leipzig). Experimenteller Nachweis der äusseren Ueberwanderung der Eier.

Unter den Fällen von Tubarschwangerschaft und Schwangerschaft in einem rudimentären Uterushorn beim Menschen sind mehrere, in denen sich das Corpus luteum verum nicht auf der Seite des Eies, sondern auf der entgegengesetzten befindet. Diese Fälle wurden bisher nur mit Hülfe der Ueberwanderung des Eies von einem Eierstock zur Tube der andern Seite durch die Bauchhöhle gedeutet, doch war diese Erklärung noch nicht allgemein acceptirt, da der Vorgang der Ueberwanderung hierbei nicht ohne Weiteres annehmbar und durchsichtig war.

Um der Lösung dieser Frage nun näher zu treten, unterwarf Redner vier weibliche Kaninchen dem Experiment so, dass er ihnen unter strenger Antisepsis nach Eröffnung der Bauchhöhle in der Linea alba das linke Ovarium durch Abbinden entfernte und auf der rechten Seite die Tube doppelt unterband und mitten durchschnitt. Nach wochenlanger Isolirung dieser vier Thiere vor und nach der Operation, welche sie sehr gut überstanden, wurden sie mit dem Männchen zusammengebracht und es ergab sich nun nach mehreren Wochen das überraschende und höchst interessante Resultat, dass zwei der Thiere concipirten und warfen.

Es ist somit die Möglichkeit der äusseren Ueberwanderung der Eier zur Evidenz dargelegt.

Discussion: Küstner (Jena) hat ähnliche Versuche an Meerschweinchen gemacht, aber ohne Resultat. Theils gingen sie nach der Operation zu Grund, theils blieben sie am Leben, warfen aber nicht mehr. Redner beglückwünscht Leopold, dass diesem der Versuch gelungen sei.

A. Martin (Berlin). Ueber Prolapsoperationen.

Die Stellung der operativen Prolapsbehandlung in den Lehrbüchern und in der Praxis, sowie gewisse Zweifel betreffs der eignen Resultate geben dem Vortragenden die Veranlassung, hier diese wichtige Frage zu discutiren. Aus den Lehrbüchern sind z. Z. prägnante Kriterien für die Entscheidung, wann soll man operiren, wann die

alte Behandlung mit Pessarien anwenden, nicht enthalten, anscheinend in Folge der noch heute vielfach gehegten Zweifel betreffs der Dauerhaftigkeit der Endresultate. Solche Zweifel müssen Angesichts der von Hüffel, Banga u. A. veröffentlichen Resultate schwinden, besonders aber für Denjenigen, welcher die heute von Herrn Hegar demonstrirten Fälle zu untersuchen Gelegenheit hatte. Es ergiebt sich daraus, dass die operative Prolapsbehandlung weit mehr in Anwendung gezogen zu werden verdiente, dass sie allgemeiner an die Stelle der von Allen als verwerflich anerkannten Palliativbehandlung gestellt werden sollte.

Betreffs der zu wählenden Methode ergiebt sich aus einer Betrachtung der anatomischen Verhältnisse auf dem Beckenboden, dass die Verengerung der Scheide allein, sei es, um an der einen oder anderen Wand, sei es ihres Lumens von dauerndem Erfolg nicht sein kann. Fehlt besonders der vorderen Scheidenwand und der ihr aufliegenden Blase die Stütze einer derben hinteren Scheidenwand, resp. eines derben Septum recto-vaginale, so wird schon bei isolirtem Prolapsus vag. anterior die dauernde Heilung nur ausnahmsweise, bei complicirten Fällen kaum je erreicht; selbst die gut geheilte Narbe dehnt sich nur zu rasch. Auch die Verjüngung des Scheidenlumens, wie sie neuerdings wieder in Vorschlag gebracht worden ist, bietet keine Sicherheit auf dauernden Erfolg: Von 3, vom Vortragenden so operirten — mit circulärer Elytrorrhaphie — ist nur 1 geheilt und bei dieser nach wenigen Wochen schon der alte Vorfall wieder hervorgetreten. Die Verkleinerung des Uterus bietet wohl nur da gute Erfolge, wo es sich um isolirte Uterusprolapse handelt, wie deren vom Vortragenden 3 mit dauernder Heilung durch Amputatio resp. Excisio colli behandelt worden sind. Zur Retention grösserer, complicirter Prolapse bedarf es anderer Methoden. Unter diesen werden die Methoden von Simon (Bildung eines derben Septum recto vaginale, welches als Postament den Uterus stützen soll), die von Hegar (Bildung einer derben straffen hinteren Scheidenwand, welche die Inversion der Scheide und damit den Vorfall des Uterus verhütet) und die von Bischoff (Abknickung des Scheidenrohres gegen die Uterusaxe durch Lappenbildung an der hinteren Scheidenwand und Vernähung des Lappens an die seitlichen Scheidenwände) besprochen. Da jede dieser Methoden dem Vortragenden nicht ganz befriedigende Resultate brachte, so hat er im Anschluss an die von Freund auf der Wiesbadener Naturforscherversammlung im Jahre 1873 vorgetragenen anatomischen Verhältnisse der Scheide ein von den bisherigen abweichendes Verfahren eingeschlagen, um die auch von ihm als wesentlich bezeichnete Straffung der hinteren Scheidenwand zu erzielen. Er umschneidet die Columna rugarum posterior von unten und von beiden Seiten, schneidet an den Seiten dieses Wulstes Dreiecke von einer dem Vorfall entsprechenden Grösse aus, die ihre Basis am Introitus haben. Dann frischt er die hintere Commissur des Scheideneingangs U förmig an. Die Wundränder der

seitlichen Scheidenanfrischungen werden an den derben Wulst der hinteren Scheidenwand angenäht und dadurch eine durch zwei derbe, zur Verheilung vermöge ihrer anatomischen Verhältnisse gut disponirte Narben gestraffte und durch die Gewebsheranziehung verdickte hintere Scheidenwand gebildet. An diese schliesst sich dann Vereinigung der U förmigen Anfrischung der hinteren Commissur der Labien an, ähnlich wie bei einer Perinaeorrhaphie. Es ist nach dieser Methode sehr leicht zu operiren, der Blutverlust lässt sich dabei leicht controlliren, weil man in verschiedenen Absätzen die Anfrischung vornehmen kann. Die besonders bei der Hegar'schen Methode leicht eintretenden Zerrungen der Wundränder lassen sich gut vermeiden und erscheint dadurch die Verheilung wesentlich gesicherter.

Vortragender hat unter 60 Prolapsoperationen (unter diesen ein Todesfall an Septikämie) — 15 Colporrh. ant. gemacht, mit 3 vollständigen Misserfolgen, 4 vollständigen Erfolgen, 8 Heilungen, aber späterer Narbendehnung, 20 Colpoperinaeorrhaphien wurden nach Hegar ausgeführt; davon heilten nur 12, — 7 Pat. aus besseren Verhältnissen blieben dauernd befreit, von den anderen 5 poliklinischen haben 3 jetzt, nach noch nicht Jahresfrist, wieder Vorfallbeschwerden. Nach Bischoff wurden 5 operirt, 2 Heilungen, 3 Mal wurde der Lappen gangränös. Nach meiner Methode wurden 5 operirt, bei einer wurde kein Resultat erzielt, bei 3 vollständige und bis jetzt bis zu 9 Monaten andauernde Heilung, bei 1 heilte die Episiorrhaphie nicht, die gut verheilten Scheidennarben hielten aber bis jetzt — über 9 Monate den Vorfall befriedigend zurück.

P. Müller (Bern). Ueber operative Behandlung des Prolapsus uteri.

Der Vortragende erinnert an seinen früher gemachten Vorschlag, den Vorfall des Uterus durch cervicale Amputation desselben und Einheilen des Stumpfes in die Bauchwunde zu heilen. Er hat seither 3 Fälle in dieser Art operirt. Die Bauchwunde wurde 5—6 cm lang gemacht, der Uterus mittels der Sonde dagegen angedrängt. Klammerbehandlung, Heilung ohne Fieber.

Auf die Indication will der Vortragende hier nicht eingehen, die Resultate sind in einem Fall Heilung mit Bauchbruch, in den 2 andern völlige Retention der Genitalien.

Discussion: Nieberding (Würzburg) hat 12 Prolapsoperationen nach Hegar gemacht mit gutem Resultat. Nur 1 Mal trotz 4 maligen Operirens keine Heilung. Empfiehlt tiefe Entspannungsnähte bei der Kolporrhaphia posterior.

Laaser (Memel) hat ebenfalls nach Hegar 4 Fälle mit Erfolg operirt.

Hegar (Freiburg). Simon's und Bischoff's Operation bringen theoretisch betrachtet nur eine Barrière zu Stande. Hegar beabsichtigt durch seine Methode eine Wiederherstellung der Theile in der ursprünglichen Lage. Er hat 136 Mal meist mit gutem Erfolg operirt.

Die Misserfolge lagen nicht in dem Ausbleiben der prima intentio. Bei der Kolporrhaphia anterior kommt es zuweilen, ohne grossen Nachtheil, nur secunda intentio. In neuester Zeit schneidet er einfach Falten der vordern Vaginalwand aus, die durch Klammerpincetten gefasst sind, vor dem Abschneiden werden Nähte gelegt. Am Misserfolg der Kolporrhaphia posterior sei vielleicht zu breites Anfrischen Schuld. Müller's Operation sei zu gefahrvoll, ohne Sicherheit auf günstigen Erfolg zu geben.

Müller (Bern) vertheidigt dagegen die Fixirung des Stumpfes in der Bauchwunde durch Bildung eines festen Narbendiaphragmas.

Lossen (Heidelberg) hat 9 Mal in einer Sitzung beide Operationen ausgeführt, er lässt dann die Nähte 3—4 Wochen liegen. Die Erfolge waren günstig.

Czerny (Heidelberg) macht die Operation in 2 Absätzen, er verhütet das Zurückbleiben von Gerinnseln durch fast permanente Irrigation.

Bandl (Wien) hat gute Resultate mit Hegar's Methode, er hält sich seitlich an die Hymenalreste.

Schröder (Berlin) hebt hervor, dass er bei seinen zahlreichen Operationen permanente Carbolirrigation anwende, und dass das Operationsfeld dabei fast blutlos sei.

Hildebrandt (Königsberg) hat das Hegar'sche Verfahren meist mit gutem Resultat geübt; er legt die Anfrischung sehr hoch hinauf. Er hält die elephantiasisartige Verdickung der Ränder in vielen Fällen für die Ursache des Misserfolges und empfiehlt genügende Abtragung.

Bandl (Wien). Zum Verhalten des Collum am nichtschwangeren Uterus.

Eingangs wurde darauf hingewiesen, dass das Entstehen einer an den Bauchdecken sichtbaren Furche am Uterus zwischen Collum und Körper bei räumlichem Missverhältniss von Prof. Litzmann in Kiel bestätigt wurde und dass auch die Bildung des unteren Uterinsegmentes mit einer deutlichen Grenze nach oben vielfache Bestätigung erfuhr.

Es bestehe jetzt nur noch eine Meinungsverschiedenheit über die Art der Auskleidung des unteren Uterinsegmentes; es frägt sich, ob dasselbe mit Collumschleimhaut oder mit Decidua ausgekleidet sei. Nach vielen Präparaten und Zeichnungen wird nun gezeigt, dass das untere Uterinsegment einmal mit Cervicalschleimhaut (bei der Erstgeschwängerten in der ersten Hälfte), das andere Mal (bei Mehrgeschwängerten und bei Erstgeschwängerten gegen das Ende der Schwangerschaft) mit Decidua ausgekleidet sein muss.

Aus der vergleichenden Untersuchung vieler Uteri gehe bestimmt hervor, dass bei der Erstgeschwängerten gegen das Ende der Schwangerschaft hin der obere Antheil der Collumschleimhaut (am flachen Theil des Collumtrichters) einen Welkungsprocess oder eine Art Deciduabildung eingehe. Dadurch nur sei es erklärlich, dass an vie-

len nichtschwangeren und schwangeren Uteri der mit Collumschleimhaut bekleidete Theil des Uterus so kurz gefunden wird. Das Ost. int., welches am jungfräulichen Uterus circa in der Mitte des Organs liegt, verhält sich ganz eigenthümlich und ist dieses Verhalten aus der Anordnung der Muskulatur erklärlich. Man kann dasselbe am ganz gesunden Uterus mit der erwärmten und vorsichtig gebrauchten Sonde kaum auffinden. Ebenso bildet es unter ganz normalen Verhältnissen bei der Erstgeschwängerten gegen das Ende der Schwangerschaft nur eine ganz geringe Marke im Beckeneingang und auch bei der Erstgebärenden ist es in der Phase der Geburt, wo das in der Schwangerschaft sehr erweichte und verlängerte Collum sich regelmässig verkürzt hat und so das Ost. ext. schon in der Wand des Organs verschwunden ist, gar nicht oder nur wenig vorspringend zu fühlen. Ist aber nur geringer Collumkatarrh oder Erkrankung vorhanden, so wird dieses Ost. int. am nichtschwangeren, jungfräulichen Uterus schon deutlicher fühlbar, indem, gerade so wie bei der Gebärenden unter pathologischen Verhältnissen eine Differenz zwischen Corpus und Collumwand entsteht. Das Ost. int., welches tiefer unten im Uterus öfter gefunden wird, ist etwas ganz anderes, es ist nur ein Narbenring, der nach der ersten Geburt unter gewissen Umständen sich bildete.

Ruge (Berlin). Ueber das untere Uterinsegment.

Der Nachweis des sogenannten untern Uterinsegments sei ja ganz unbestritten Bandl's grosses Verdienst. Nur über die Deutung, wohin dasselbe zu rechnen, seien die Ansichten verschieden. Diese Frage könne nur gelöst werden durch genaues anatomisches Studium. Die Uteruswand des Körpers sei in der Schwangerschaft in der ganzen Ausdehnung etwa gleich dick, ca. $^1/_2$ cm, die Cervixwand sei dicker. Anders sind die Verhältnisse am frisch entbundenen Uterus, hier sei der Bandl'sche Ring deutlich. Vom Os internum zum Bandl'schen Ring geht ein parallel angeordnetes Lamellensystem, aufwärts von diesem ist dieses Lamellensystem dichter, die Bündel haften fest am Peritoneum. Zwischen den erstern Lamellen sind Verbindungsstränge, so dass scheerenförmige Rhomboide entstehen. Der Bandl'sche Ring ist demnach ein mechanischer Effect (Contractionsring). Er verschwindet, indem im Puerperium der Raum zwischen ihm und dem Os internum allmälig sich verkürzt. Aehnliche Verhältnisse bilden sich am Uterus auch bei Extrauteringravidität aus.

Discussion: Leopold (Leipzig) hebt den constanten Befund von Decidua vera im untern Uterinsegment hervor.

Küstner (Jena) erinnert daran, dass Leopold seine Befunde bestätigt habe. Er habe die Schleimhaut des untern Uterinsegments als Decidua bezeichnet, dasselbe allerdings zum Cervix gerechnet. Er macht auf Schleimhautfalten aufmerksam, die beim nicht geschlechtsreifen Uterus über das Os internum hinausgehen, bei solchen, die geboren haben, dasselbe zuweilen nicht erreichen. Der morphologische

Uebergang der Schleimhaut des Collum zum Körper sei nicht ein scharfer, sondern sehr allmälig.

Bandl (Wien) entgegnet, dass beim jungfräulichen Uterus die obere Grenze der Collumschleimhaut mit der Haftgrenze des Peritoneum zusammenfalle, sein unteres Uterinsegment sei also entschieden Collum. Bei den Untersuchungen fehle sehr häufig die Angabe, ob ein Uterus von einer Nullipara, Primipara, Multipara stamme. Darauf komme sehr viel an.

Ruge (Berlin). Die Ansatzstelle am Peritoneum schwanke: Ebenso, darin stimmt er Küstner bei, schwanken die Grenzen der anatomischen Schleimhautdifferenzirung.

3. Sitzung. 20. September, Nachmittag. Vorsitzender: Schröder (Berlin).

P. Müller (Bern). Ueber äussere Harnleiterfisteln.

Von Communication der Harnleiter mit der Oberfläche des Körpers existiren bis jetzt nur 2 Fälle in der Literatur, von Simon und Nussbaum.

Bei einer grossen Ovarialgeschwulst mit Verdrängung des Uterus nach rechts und vorn gelang dem Vortragenden nur die theilweise Exstirpation mit Annähung des Restes in die Bauchwunde. Am 10. Tag ging aus der trichterförmigen Grube Harn ab, nachweisbar aus dem einen Harnleiter.

Der Vortragende stellt zuerst die Communication zwischen Trichter und Blase her, die leicht gelang, dann ging er an die Vereinigung der äusseren Haut über der Grube, die erst nach viermaligem Anfrischen zu Stande kam. Vor 4 Wochen war nur noch eine kleine Fistel. Redner glaubt hier die totale Nierenexstirpation vermieden zu haben.

Discussion: Hegar (Freiburg). Die erste derartige Operation habe Nussbaum ausgeführt. In einem von ihm selbst beobachteten ähnlichen Fall suchte H. den Ureter in die Blase einzuheilen. Die äussere Vereinigung gelang auch ihm nicht per primam.

Kaltenbach (Freiburg). Ueber Perineoplastik.

K. unterwirft die gegenwärtig gebräuchlichen Methoden der Perineoplastik bei totalen Dammspalten einer kritischen Besprechung. Er stützt sich dabei auf 33 zum Theil von Hegar, zum Theil von ihm selbst bei veralteten, completen in das Rectum penetrirenden Dammrissen ausgeführte Operationen. Die Läsionen waren mit Ausnahme eines Falles (Auffallen auf den Stiel einer Heugabel) bei schweren Geburten entstanden und waren meist sehr tiefgreifende. In mehr als der Hälfte der Fälle waren ein- oder mehrmalige Operationsversuche von andern Aerzten vorausgegangen. Die Columna rugarum post. fand sich nur bei seichtern Rissen als deutlicher Wulst erhalten, während bei tieferen Rupturen nur spärliche durch Narbenretraction unregelmässig verzerrte Reste derselben vorhanden waren. Keine der Operirten litt an Prolaps des Uterus oder der Vagina. Es ist dies wohl darauf zurückzuführen, dass der untere Theil der hin-

tern Scheidenwand nach Durchtrennung der Sphinkteren von Anus und Vulva durch den Levator ani nach vorn und oben gezogen wird, während gleichzeitig die Schenkel des Defectes durch den auf die Narbenflächen wirkenden Zug der transveri perinei und des Sphinkter ani ext. in divergirender Richtung ähnlich wie die Stricke einer Zeltstange auseinander gespannt werden. Der untere Theil der Scheide bildet so eine straffe in die Quere gespannte Wand, die keine Inversion der höher gelegenen Vaginalpartien zulässt. Die einseitige Vereinigung des completen Dammrisses vom Damme aus (Perineorrhaphie) wird ihrer Unverlässlichkeit wegen verworfen.

Die Lappenoperationen, als deren Vorbild die Langenbeck-sche Perineosynthese anzusehen ist, werden nur für frische Fälle, in denen der hintere Vaginallappen bereits vorgebildet erscheint, empfohlen. In veralteten Fällen fehlt meist die genügende Substanz für die Bildung eines brauchbaren Lappens. Derselbe zeigt grosse Neigung, an seinen Rändern zu nekrosiren und sich zu retrahiren. Dadurch wird das Zurückbleiben von Recto-vaginal- und Dammfisteln begünstigt. Ob nach gelungenen Lappenoperationen der neugebildete Damm besser vor Zerreissung bei nachfolgenden Geburten gewahrt wird, als nach triangulärer Veinigung, erscheint fraglich; jedenfalls lagen in diesen Fällen die Verhältnisse von vornherein sehr günstig.

Eine eingehende Besprechung findet die von Freund angegebene Methode der Anfrischung. Die Vorzüge dieser Methode, mit welcher ihr Erfinder sehr gute Resultate erzielt hat, werden auseinandergesetzt. Jedoch hält K. dieselbe gerade bei sehr tiefgreifenden Rupturen nicht für anwendbar. Dass durch dieselbe das Zurückbleiben von Scheidenstenosen sicherer als bei triangulärer Vereinigung vermieden werde, erscheint im Hinblicke auf die Erfahrungen, welche Martin mit einer analogen Anfrischung bei Prolapsoperationen gemacht hat, nicht wahrscheinlich.

Die Resultate, welche Hegar und Kaltenbach mit der triangulären Vereinigung erzielten, lassen nichts zu wünschen übrig. Stets wurde vollkommener plastischer Erfolg mit Wiederherstellung der Continenz erzielt. Nur in 2 Fällen waren Nachoperationen wegen zurückgebliebnen Rectovaginalfisteln nothwendig. Ueber nachfolgende Geburten liegen nur äusserst spärliche Data vor; bis jetzt ist indess erst ein Fall bekannt, bei welchem die Vereinigung wieder nachgab. Klagen über Behinderung sexueller Functionen durch Stenosen der Scheide sind nicht laut geworden.

Als Hauptmomente, von denen das Gelingen der Operation abhängt, werden folgende hervorgehoben. Exacteste Anfrischung, die auf der Vaginalseite höher als auf der Rectalseite hinaufreichen muss. Die Nähte werden abwechselnd als tiefe und halbtiefe mit Rücksicht auf gegenseitige Entspannung angelegt. Dazwischen besorgen einzelne ganz oberflächliche die genaue Coaptation der Ränder. Die Vertheilung des Anfrischungsterritoriums auf die einzelnen Nahtreihen in Rectum, Vagina und Damm ist im Allgemeinen eine ziemlich

gleichmässige; jedenfalls darf den Dammnähten nicht zu viel zugemuthet werden. Als Nahtmaterial diente Silberdraht, für das Rectum Seide.

Keine Entspannungsschnitte; dagegen bei starker Spannung nach vorausgegangener tiefgreifender Verschorfung der Rissflächen, Zapfennaht für den Damm.

Stets Durchtrennung des Sphinkter, wenn die neuhergestellte Aftermündung nicht sehr schlaff.

Abführmittel vom 3.—4. Tage an.

Katheter, Irrigationen nur auf Grund bestimmter Indicationen.

Selbstverständlich strengste Antisepsis.

Bei sehr tiefgreifenden Defecten erleidet die trianguläre Vereinigung gewisse Modificationen. Die typische Schmetterlingsform der Anfrischung (cfr. Operative Gynäkologie) veranschaulicht nur die Verhältnisse bei sehr seichten Einrissen. In beiden Dammdreiecken erscheinen hier durch das kurze verbindende Mittelstück in eine halb frontal, halb horizontal geneigte Fläche ausgespannt und werden erst successive durch die Nähte in die sagittale Vereinigungsebene hereingezogen. Je tiefer aber der penetrirende Riss nach aufwärts reicht, um so länger und gleichzeitig schmäler werden die die beiden Dammdreiecke verbindenden Gewebsbrücken, welche zum Septum recto-vaginale vereinigt werden sollen. Die beiden Anfrischungshälften liegen nicht mehr in einer Ebene, sondern stehen in einem kopf- und sacralwärts einspringenden Winkel zusammen, wodurch die Dammdreiecke bereits in eine mehr sagittale Ebene gerückt erscheinen.

Bei ganz grossen, bis ins Gewölbe reichenden Defecten kann die Anfrischung sogar direct auf die schon ursprünglich in einer nahezu sagittalen Ebene stehenden seitlichen Narbenflächen aufgetragen werden.

Ist der Riss am Mastdarm länger als 3—4 cm, so werden die seitlichen Anfrischungsränder des Septum recto-vaginale bereits sehr schmal. Eine einseitige, nach der Vagina hin zu knüpfende Naht genügt vollkommen, um die Wundränder im obern Theile des Septum recto-vaginale in genauen Contact zu bringen, während nach abwärts wie gewöhnlich nach 3 Seiten hin genäht wird.

Bei sehr grossen Läsionen kann endlich noch ein Operiren in mehreren statt in einer Sitzung nothwendig werden.

Alle besprochenen Anfrischungsformen und Nahtmethoden wurden durch Demonstration von Wandtafeln entsprechend erläutert.

Die Anwendbarkeit selbst bei den ausgedehntesten Verletzungen, die Einfachheit des plastischen Operationsplanes, bei mindestens gleicher Sicherheit der Resultate wie bei irgend einem andern Verfahren, sichern der triangulären Vereinigung wohl einen entschiedenen Vorzug vor andern Methoden.

Freund (Strassburg) macht darauf aufmerksam, dass die Dammrisse in der Scheide nie median, sondern ein- oder zweiseitig verlaufen, neben der Columna rugarum.

In der Hand geübter Operateure führe jede Methode zum Ziel.

Sein Ziel sei, eine bequeme Operation zu finden, die jeder Arzt ausführen könne. Die alten gaben ihm schlechte Resultate, oder riefen Unbequemlichkeiten bei Coitus und Geburt hervor. Bei seiner Methode sei die Bildung eines dicken Wulstes an der Stelle der Columna rugarum die Hauptsache, nach der alten werde dieselbe einfach übernäht. Redner glaubt, dass seine Erfolge denen von Hegar und Kaltenbach nicht nachstehen.

Hildebrandt (Königsberg) hat anfangs nach Hegar, aber mit schlechtem Resultat operirt, und kam dadurch zur Angabe seines Verfahrens, der grössern Anfrischung breiterer Lappen mit eigenthümlicher Nahtanlegung.

Veit (Berlin) empfiehlt die Methode von Willms, die von Güterbock beschrieben ist. Es wird hier die Scheide vom Rectum abpräparirt, das letztere durch zahlreiche Nähte und dann der Damm mit 2 Nähten vereint.

Bandl (Wien) hat 3 Mal nach Hegar, 1 Mal nach Freund operirt. Er spricht sehr für tiefe Vereinigung des Damms zur Wiedervereinigung des Muskels.

Hegar (Freiburg). Die Spannung und Verengung der Vagina sind nicht so gross, als die Vorredner sagen. Die Dammnaht habe am wenigsten Werth, diese führe zu Misserfolgen. Sehr leicht entstehe in der hinteren Vaginalwand eine kleine Lücke.

Tiefliegen der Scheidennähte empfiehlt sich sehr, dagegen nicht beim Damm, weil sonst die Scheidennähte gezerrt werden.

Martin (Berlin) hat 3 Mal nach Freund operirt, 2 Mal mit Erfolg.

Kaltenbach entgegnet Freund, dass es in einzelnen Fällen doch einen medianen Verlauf der Columna rugarum gebe.

Baumgärtner (Baden-Baden). Ein Fall von doppelseitigem parametritischem Abscesse.

Erwähnt zuerst einen linksseitigen parametritischen Abscess, den er unter dem Gimbernat'schen Band eröffnete.

Der doppelseitige Abscess fand sich bei einer von Kreuznach zugeschickten Pat. Die Fluctuation ging von rechts nach links wenig, dagegen umgekehrt. Der linke Abscess war schon in den Darm perforirt. Der linke Abscess wurde von der Vagina aus eröffnet, Drainage, Auswaschen. Der rechte von aussen im Bereich der Bauchhöhle, der Sack wurde in die Bauchwand eingenäht und dann nach der Vagina durchgestossen. Heilung in 4 Wochen. Später ein Recidiv links, Heilung erfolgte erst durch längeres Liegenlassen eines Drains.

Discussion: Kugelmann (Hannover) theilt Erfahrungen über spontan perforirte Abscesse mit.

Schröder (Berlin) hat in einer Reihe solcher Fälle, die er für perimetritisch hält, nach der Incision Fisteln zurückbleiben sehen, er hält das Uebel mehr für lästig, als gefährlich.

Küstner (Jena). Ueber die Häufigkeit des angeborenen Plattfusses.

Vortragender hält den congenitalen Plattfuss für viel häufiger, als bisher von Seiten der Chirurgen angenommen wurde; er fand unter 150 Neugeborenen 13 mit 1 oder 2 Plattfüssen behaftet, oder es kamen auf 300 Füsse 15 Plattfüsse (8,6 resp. 5 %). Zur Diagnose lassen sich die Fussabdrücke nicht verwerthen, da die Fussabdrücke der Neugeborenen wegen der mangelnden Wölbung alle so ausfallen, wie von Plattfüssen Erwachsener. Entscheidend für die Diagnose war 1) Convexität der Sohle, 2) Convexität des Fussrückens, 3) ein Eindruck am Unterschenkel nach aussen von der Crista tibiae, 4) ein tiefer Knocheneindruck nach vorn vom Malleolus externus, 5) spontane Stellung: stark pronirt, abducirt, dorsalflectirt. — Bei Gelegenheit der Obduction eines congenitalen Plattfusses constatirte Redner am Knochensystem beider dieselben Proportionen als beim Erwachsenen (Gracilität des Processus calcanei und Schrägliegen des Gelenkovales des Talus). —

Was die Aetiologie betrifft, so anerkennt für die von ihm beobachteten Formen Vortragender nur den Uterusdruck während der Gravidität und verwerthet zur Beweisführung die bei diesen Plattfüssen von dem Normalen abweichende Hautfaltenbildung, und den sub 3 angeführten Eindruck am Unterschenkel. Quoad Prognose und Therapie ist einmal eine zeitige Behandlung nöthig, andererseits das erste Lebensjahr zur Behandlung das geeignetste, weil während dessen der Fuss vom Uterusdruck befreit ist, andererseits aber eine das Uebel nur verschlimmernde Belastung des Fusses noch nicht stattfindet. —

Keine Discussion.

Czerny (Heidelberg). Zur Hysterotomie.

Die Stielbehandlung bei Hysterotomien ist noch eine offene Frage; der Vortragende glaubt mit Schröder, dass der intraperitonealen Behandlung auch hier die Zukunft gehöre. Er hat 8 Fälle operirt. 2 davon waren complicirt mit anderweitigen Affectionen, 1 Mal Ovarientumor mit Carcinom nach vorheriger Exstirpation eines Scheidencarcinoms, im 2. Fall war der Uteruskörper mit hydropischen Tuben verwachsen und wurde mit ihnen entfernt. In diesen beiden extraperitoneale Versorgung des Stiels. Im 1. Fall trat der Tod nach $2^1/_2$ Monaten an Pleuritis und Carcinose ein, der 2. Fall starb im Collaps.

6 Mal wurde die Hysterotomie bei Fibromen gemacht. 4 Mal der Stiel extraperitoneal mit Liegenlassen des Ecraseurs versorgt, 2 davon sind gestorben.

2 Mal wurde der Stiel versenkt, 1 Mal mit Anlegung der elastischen Ligatur (Tod), 1 Mal wurde nach dem Vorschlag von Schröder operirt, hier trat Heilung ein.

Nach den Sectionsergebnissen und den Erfahrungen bei der Operation ist nach Redner die intraperitoneale Stielversorgung vorzuziehen.

Bei der extraperitonealen Befestigung liegt die Gefahr besonders in dem zwischen Stiel und vorderer Bauchwand sich bildenden Raum.

Für die Operation selbst empfiehlt sich, zuerst grosse Nadeln durchzuführen, dann den Ecraseur anzulegen, die Wundfläche zuzuschneiden, endlich zu nähen.

Schröder (Berlin). Zur Technik der Exstirpation von Abdominaltumoren.

Für die Operation breitbasig inserirter grosser Geschwülste des Uterus übt der Vortragende die Unterbindung der 4 grossen, den Uterus versorgenden Gefässe.

Erst wird die Arteria spermatica sammt Venen unterbunden, die Darlegung des Gefässbündels geschieht leicht durch Halten gegen das Licht. Schwieriger lässt sich der Arteria uterina beikommen, durch Umstechung seitlich vom mittleren Cervicaltheil.

Hierauf lässt sich der Uterus fast blutlos herausschneiden, man macht eine kegelförmige Excision des Uterusstumpfes und übernäht die Wundfläche.

Einmal verfuhr der Vortragende nach dieser Methode bei einer Freund'schen Operation, die Technik war sehr schwer, die Pat. starb im Collaps.

Ferner wurde die Myomotomie in dieser Weise ausgeführt, hier wurde ausserdem das Ligamentum rotundum unterbunden, Heilung.

Aehnlich verfuhr er bei 2 Ovariotomien mit sehr breitem Stiel, man vermeidet dadurch Massenligaturen. Einmal musste die Operation aufgegeben werden, indem es bei sehr starker Vascularisation nach der Unterbindung stark blutete.

Discussion: Hegar (Feiburg) betont, dass in seinem Lehrbuch schon der Vorschlag der Umsäumung enthalten sei. Er hat selbst nach dieser Methode, 1 Mal mit, 1 Mal ohne Erfolg operirt. (Tod durch Sepsis.) Er bezweifelt, ob das Verfahren bei grossen Fibromen vor Blutung sicher schütze; bei kleinen Fibromen sei die Castration ein weiteres sicheres Verfahren. So erlebte er z. B. in einem Fall trotz zweier fest angezogenen Péan'schen Serre-noeuds eine Nachblutung. Er hofft, dass die Zukunft eine bessere intraperitoneale Behandlung bringe.

Zum Schutz der Bauchhöhle gegen Putrescenz von Seiten des Stiels legt er das Bauchfell wie einen Mantel um den Stumpf. Eine Desinfection des Stiels durch Lister'sche Methode sei schwer, ebenso durch permanente Irrigation, besser sei eine regelmässige Bestreichung desselben mit Chlorzink.

P. Müller (Bern) hat unter 17 Hysterotomien 3 intraperitoneal und 14 extraperitoneal behandelt.

T. Spencer Wells (London). Die Methode anlangend, muss er anerkennen, dass wenigstens für die Ovariotomie die intraperitoneale Methode mit Antisepsis, die er jetzt anwendet, der früher von ihm geübten extraperitonealen Methode vorzuziehen sei. Er hat so von den letzten 68 Ovariotomirten nur 6 verloren. Bei Fibroiden trifft man gewöhnlich keinen deutlichen Stiel. Er legt daher meist

zuerst die Gefässe seitlich in Arterienpincetten, darauf wird die Abtragung und Vereinigung vorgenommen; das Peritoneum wird gewöhnlich mit fortlaufender Naht vereint.

Schröder (Berlin) stimmt mit Hegar's Indication nicht ganz überein. Seiner Ansicht nach ist entweder keine Operation zu versuchen, oder die Exstirpation des ganzen Uterus. Die Castration wendet er nur an, wenn die Entfernung des Uterus selbst zu gefährlich ist.

Hegar berichtigt, dass er bei ganz grossen Tumoren die Castration nicht für richtig halte, dagegen bei kleinen.

4. Sitzung. 22. September, Vormittags. Vorsitzender: Freund (Strassburg).

Holger (Franzensbad). Ueber permanente Irrigation der Vagina mit Demonstration.

Redner betont die Häufigkeit der Irrigation im Frauenbad. Zu einer länger ohne zu grosse Belästigung der Patientin fortgesetzten Irrigation hat er einen Apparat aus Hartkautschuk sich construirt, bestehend aus Speculum mit Zu- und Abflussrohr; das Speculum hat durchbrochene Wände. Die Indicationen sind Antiphlogose und Resorptionsbeförderung. Spätere Beobachtungen werden in Aussicht gestellt.

Discussion: Neugebauer (Warschau) lobt das Instrument, glaubt aber mehr an Einfluss auf den Uterus als die Vagina.

Holger erwidert, dass das Speculum mit 4 Fenstern die Hälfte der Vagina zugänglich mache.

Winckel (Mülheim a. Rh.). Ein osteomalakisches Becken.

Der Vortr. hatte in letzter Zeit Gelegenheit, ein neues osteomalakisches Becken zu erwerben. Dasselbe stammt von einer Frau, die in 16 Jahren 9 Mal geboren hatte, das Vorhandensein feuchter Wohnung, dürftiger Lebensweise traf auch hier zu. Die ersten Zeichen der Krankheit zeigten sich in der 5. Schwangerschaft, nachdem bis dahin alles normal verlaufen war. Doch verliefen 6. und 7. Geburt noch leicht, Pat. stillte noch im Wochenbett. Bei der 8. Geburt wurde mittels Zange ärztliche Hülfe geleistet, schon damals zeigten sich die Knochen biegsam. In der letzten Schwangerschaft wurde Vortr. zugerufen und nahm schon damals den Kaiserschnitt in Aussicht, falls nicht eine Erweiterung des Beckens im Geburtsverlauf eintreten sollte. Nachdem das Wasser zu früh abgeflossen und 24stündige Geburtsdauer sich zur Erweiterung des Beckens als ungenügend erwies, wurde der Kaiserschnitt unter Carbolzerstäubung vorgenommen, ein lebender Knabe entwickelt. Der Uterus wurde nicht genäht, die Bauchwunde dagegen streng nach Lister verbunden. Tod an eitriger Peritonitis. Bei der Section fand sich Bauch- und Uteruswunde verklebt. Die Markhöhle des Oberschenkels enthielt keine freie Säure, dagegen fand bei der Präparation des Beckens eine Entwicklung von Säure aus dem Fett auf dem Kreuzbein statt, so dass der Zinnüberzug des Eiterbeckens angegriffen wurde.

Die Muskulatur war auffallend blass, Querstreifung mikroskopisch kaum zu erkennen.

Das Becken ist ein echt osteomalakisches, mit starker Verengung des Beckeneinganges durch Vorsinken des Vorberges, ebenso bedeutender Beschränkung des Ausgangs, ferner finden sich mehrfach Infractionen und sehr bemerkenswerth ist an der Hüftbeinschaufel eine Uebereinanderschiebung von Knochenlamellen.

Ruge (Berlin). Ueber Aetiologie und Anatomie der Endometritis.

Eine nicht gar seltne, aber anatomisch wenig bekannte Form ist die Endometritis vetularum, entsprechend der Colpitis vetularum. Nach dem 45. Lebensjahre findet sich jedenfalls eine Zunahme bis zu 35 %, allerdings ist eine Verwerthung des aus der Poliklinik gewonnenen statistischen Materials mit Vorsicht zu gebrauchen. Manche Blutungen in diesem Lebensalter, z. B. bei Myomen, hängen von dieser Endometritis ab.

Zu unterscheiden ist eine Endometritis interstitialis und glandularis und Mischformen beider.

Bei der erstern Form ist das Stroma von Rundzellen ausgefüllt, die theils grosskernig, theils grosszellig sind. Besonders nach Aborten findet sich eine derartige Durchsetzung des Gewebes, so dass die Drüsen wie abgeschnürt erscheinen.

Bei der glandulären Form fehlt die gleichmässige Anordnung auf Längsdurchschnitten, wie unter normalen Verhältnissen. Es findet Zellenwucherung, Dehnung des Drüsenraumes statt, so dass auf Durchschnitten zuweilen sägeförmige Bilder entstehen. Die interstitielle Form findet sich in jedem Lebensalter schon vom 15. Jahre an. Die glanduläre Form besonders im höhern Alter; bemerkenswerth ist der Uebergang derselben in carcinomatöse und adenomatöse Formen.

Discussion: Schröder (Berlin) macht auf die praktische Bedeutung dieser Untersuchungen aufmerksam. Bei Verdacht auf Erkrankung der Uterusschleimhaut wird ohne vorhergehende Dilatation mit dem kleinsten Simon'schen Löffel ein Stückchen Schleimhaut abgeschabt, und je nach dem Resultat weiter verfahren. Suspect sind besonders die Fälle mit Hypertrophie der Drüsen.

Lippert (Nizza). Ueber galvanische Behandlung der Uterusdeviationen.

Bei Prolapsen wird der eine Pol im Spiegel bis zum Muttermund eingeführt, der andre Pol wird auf Kreuz oder Nabel gesetzt. Bei Flexionen wird eine eigens dazu construirte Sonde in die Uterushöhle eingeführt. Ausserdem wendet der Verf. noch adstringirende Einspritzungen und Tampons an.

Bei Hypertrophie der Portio wendet er Elektrolyse an.

Weiteres über Indicationen und Fälle wird in Aussicht gestellt.

Freund (Strassburg). Erfahrungen über totale Uterusexstirpation. — Einer Aufforderung Hegar-Kaltenbachs, über

meine Erfahrungen in Betreff dieser Operation zu berichten, bin ich nachgekommen und meine Mittheilungen werden in der 2. Aufl. des Lehrbuchs der operativen Gynäkologie demnächst erscheinen.

Seit Ende vorigen Jahres habe ich die Totalexstirpation 3 Mal ausgeführt; 1 Mal musste ich die Operation unterbrechen. Dieser Fall betraf eine kolossal fette Frau, welche nach 5 wöchentlicher Bantingcur immer noch so fette Bauchdecken hatte, dass nach vollführtem grossem Bauchschnitte die Exstirpation des Uterus unthunlich erschien. Nach Heilung der Bauchwunde wurde die hohe trichterförmige Excision des in seiner Schleimhaut carcinomatös erkrankten Collum gemacht; schon nach 2 Monaten war Recidiv vorhanden. — Die 3 vollführten Operationen führten zum Tode, ein Fall in Erlangen, auf der Klinik des Herrn Prof. Zweifel nach 4 Tagen an Peritonitis (Perihepatitis, Perienteritis); ein Fall auf der Klinik des Herrn Prof. Schröder nach 12 Tagen unter den Erscheinungen des acuten Magen-Darm-Katarrhs, nachdem die erste Woche vortrefflich verlaufen war und wir des Erfolges schon sicher zu sein glaubten; bei der Section fand sich ein unbeträchtlicher eitriger Belag der Peritonealwundflächen; ein Fall in Strassburg auf meiner Klinik unter den Erscheinungen des Shok; hier war in Erfüllung einer indicatio vitalis bei beginnender Peritonitis mit Durchbruch des Carcinoms in die Douglas'sche Tasche operirt worden. — In Bezug auf Indication zur Totalexstirpation des Uterus habe ich mehrmals hervorgehoben, dass man sich der Discussion von Zulässigkeit grosser Operationen gegen Krebserkrankungen so lange enthalten möchte, bis die in Rede stehende Operation selbst in der Technik möglichst vervollkommnet ist und dieselbe damit schneller, sicherer auszuführen und weniger lebensgefährlich geworden sein wird. Ich habe gesagt, dass der Operation zwei Gefahren drohen, die eine fliesse aus der Ueberschätzung ihrer Schwierigkeit, die andere aus der ihres Werthes. Zu den schwierigeren Operationen gehört die Operation augenblicklich allerdings. — Indess habe ich doch schon dieselbe von Anderen ausführen sehen, ohne den Eindruck übermässiger Schwierigkeit zu erhalten; ich selber auch darf mich in dieser Hinsicht auf das Urtheil der Herren Collegen berufen, vor denen ich Kranke, die ich mir nicht ausgesucht hatte, operirt habe. — Ob die Operation aber jemals unter den weniger lebensgefährlichen rangiren wird, lässt sich heute nicht entscheiden. Der Hinweis auf die anfänglich schlechten, später guten Resultate der Ovariotomie ist nicht ganz zulässig. Abgesehen von den grossen Verdiensten Spencer-Wells' um die Vervollkommnung der Ovariotomie hat das aseptische Verfahren denselben vor Allem die hohe Gefährlichkeit genommen. Dies aber ist der Uterusexstirpation von vornherein zu Statten gekommen. — Jedenfalls ist der Erfolg der Operation bei den vom Eingriff Genesenen ein vortrefflicher; volle Schmerzlosigkeit, Befreiung der schwächenden, quälenden Secretionen, schnelle Hebung der Kräfte kamen denselben gleichmässig zu Gute. —

So sind wir denn darauf hingewiesen, an der Vervollkommnung der Operation zu arbeiten, damit wir da, wo die Operation angezeigt ist, bei den krebsigen Erkrankungen der Schleimhaut des ganzen Uterus, uns nicht mit nutzlosen kleineren operativen Eingriffen begnügen, welche den Kranken mindestens nichts nützen, meistens sogar schaden, sondern nach Feststellung der Diagnose die Totalexstirpation des Uterus ausführen dürfen, in einer Zeit, wo die noch guten Kräfte der Ergriffenen einen grossen Eingriff gestatten. —

Fritsch's Vorschlag zur permanenten Irrigation der Vagina vermittels eines mehrere Tage nach Bedürfniss in der Laquear-Wunde liegen bleibenden Drains möchte ich jedenfalls in den nächst zu operirenden Fällen ausführen. — Ob ein intraperitonealer Drain, der in Anbetracht des häufig nachgewiesenen Exsudates in der Beckenhöhle wünschenswerth ist, unter allen Umständen rathsam ist, kann ich noch nicht entscheiden. — Dass ein Drain unter Umständen (nach Lösung von Darmadhäsionen z. B.) nicht gleichgültig ist, lehrte mich ein hier in Strassburg operirter Fall, bei dem 3 Wochen nach Entfernung des Drains aus dem hartnäckig offen bleibenden Draincanal ein lebender Spulwurm (allerdings ohne Schaden für die Operirte) entfernt wurde.

Von den früher erwähnten 5 Genesenen sind 2 (eine an Recidiv, eine an acuter Pleuritis) gestorben, eine Frau hat Recidiv. —

Da im Beginn dieses Operationsfeldzuges bessere Erfolge erzielt worden sind, so ist zu bedenken, ob man nicht in der Auswahl der Fälle und in den Aenderungen an der ursprünglichen Technik etwas zu liberal geworden sei. — Fritsch betont in seiner interessanten Mittheilung über einen Fall diesen letztern Punkt. Ich würde nach meinen Erfahrungen jetzt bei sehr fetten Bauchdecken zu operiren abrathen; bei Ergriffensein der äusseren Fläche der Port. vagin. eignet sich die Totalexstirpation nicht. — In Bezug auf Technik habe ich den Uterus jetzt immer mittels einer gefensterten Zange gefasst, welche Blutleere des Organs bewirkte; ferner habe ich die Därme mittelst eines mit Gummi überzogenen gestielten Rahmens, der in die Douglas'sche Tasche gegelegt wird, zurückgehalten. Die unterste Ligatur habe ich immer noch beibehalten. Doch möchten Erfahrungen Schröder's mit Umstechung der Art. uterina in continuitate und Versuche, die mein Bruder in Breslau an Leichen in diesem Sinne anstellt, vielleicht zur Umgehung dieser immerhin schwierigen und zeitraubenden Manipulation führen. — Die von mir angegebene Peritonealbedeckung möchte ich, wie auch Fritsch für die Zukunft sich vornimmt, in Anbetracht des sicheren Abschlusses der Beckenhöhle nach abwärts beibehalten.

Discussion: Veit (Berlin) berichtet über seinen in Cassel vorgetragenen Operationsfall. Seit der Operation sind 13 Monate verstrichen, es haben sich Blutungen eingestellt und ein Tumor dicht über der damaligen Vaginalwunde.

Redner hebt den Werth der frühzeitigen mikroskopischen Er-

kennung des anatomischen Charakters eines Carcinoms hervor. Will bei ulcerirten Drüsencarcinomen keine Totalexstirpation vornehmen, eher bei Bindegewebscarcinom.

Müller (Bern) hat 2 Fälle operirt und mit grosser Vorsicht ausgewählt. Er meint, dass sonst geübte Operateure vorherige Einübung an der Leiche nicht nöthig haben.

In einem Falle lagen die Därme 3 Stunden lang vor der Bauchwunde.

Neugebauer (Warschau) plaidirt für partielle Exstirpation mittels Galvanokaustik.

Hegar (Freiburg) hebt 3 Hauptgefahren bei der Operation hervor. 1. Das lange Aussen liegen lassen des Darmes, 2. die Hämorrhagie, indem Gesammtligatur nicht den nöthigen Schutz gewähre. Die Blutung erfolge besonders aus dem Venenplexus am Abgang der Uterina. So erfolgte in einem Fall trotz Stillung der Blutung. Tod nach 24 Stunden an Shok. Die Ureteren seien in diesem Fall zufällig nicht unterbunden worden, eine Gefahr, die gerade bei Umstechung wegen venöser Blutung sehr nahe liege. Er will daher lieber jedes blutende Gefäss für sich fassen und empfiehlt zu dem Zweck, Emporziehen des hinteren Scheidengewölbes mittels einer Fadenschlinge.

Auch er hält die Entfernung des blutigen Serums, das er bei den Sectionen oberhalb des Vaginalgewölbes antraf, für sehr wichtig, Drain genügt nicht völlig, ausser wenn man 2 seitlich in die Gegend der Ovarialstümpfe legt.

Ueberhaupt wendet er den Drain jetzt häufiger als früher bei Laparotomien an; die Methode müsse jedoch noch besser ausgebildet werden.

Battlehner (Carlsruhe) spricht ebenfalls für Drainage.

Freund. Die Venen werden meist durch die Ligatur comprimirt, blutet die Arterie, so ist sie ja doch allein zu fassen.

Ruge (Berlin). Die Operation ist nur zulässig bei localer Anschauung über das Wesen des Carcinoms. Anatomisch wichtig ist die Feststellung des Charakters der Neubildung.

Schröder (Berlin) will die Totalexstirpation auf Carcinome des Cervix, die über das Os internum hinaufgehen, beschränken.

Er will sie nicht ausführen beim einfachen Cancroid der Vaginalportion, hier übt er die einfache oder trichterförmige Excision. Auf erste Weise hat er 200 Fälle ohne Todesfall operirt. Bei 16 Fällen trichterförmiger Excision hat er nur 2 Todesfälle, dagegen 5 Heilungen seit über 2 Jahren. Bei Carcinom des Fundus will er den Uterus amputiren und die Portio stehen lassen, ein Verfahren, das viel bessere Prognose gebe, als die Totalexstirpation mit ihrer erschreckend hohen Mortalität.

Freund erklärt seine völlige Uebereinstimmung mit Schröder's Ausführungen, er hat es unterlassen, seiner Mittheilung voranzustellen, dass er nur für das Drüsencarcinom des Cervix die Totalexstirpation

anstrebe; für das Epitheliom (Blumenkohlgewächs) der Portio und für Carcinom des Fundus gelte seine Operation nicht.

Neugebauer (Warschau). Ueber Elytrorrhaphia mediana.

Der Vortragende übt bei complicirten Uterusvorfällen als Verfahren die Vernähung der vorderen mit der hinteren Scheidenwand, er hat so 9 Fälle mit Erfolg operirt, nur einmal musste noch die hintere Muttermundslippe mit der hintern Scheidenwand vernäht werden.

Schluss der Verhandlungen 22. Sept., 12 Uhr Vormittags. In die vorbereitende Commission für die Versammlung in Danzig wurden durch Zuruf gewählt die Herren Geheimer Sanitätsrath Abegg, Professor Hildebrandt, Professor P. Müller. Die Theilnahme an den Verhandlungen überstieg bei einzelnen Vorträgen weit die in der Präsenzliste enthaltene Zahl von 100 Mitgliedern.

Vorstehender Bericht ist meist nach Aufzeichnungen des Referenten, zum Theil nach gütigst mitgetheilten Manuscripten der Herren Vortragenden abgefasst. Etwaige Irrthümer sind wir sofort zu berichtigen gern bereit.

Redaction.

II. VI. Sitzung des periodischen internationalen Congresses der medicinischen Wissenschaften zu Amsterdam.

Referat von

Adrian Schücking, Harzburg.

Der Herr Herausgeber ersucht mich, eine kurze Uebersicht über die Ergebnisse der gynäkologischen Section des obengenannten Congresses zu geben. Ich werde daher versuchen, eine bündige Charakteristik der wissenschaftlichen Position der Hauptredner und, soweit es der Raum erlaubt, auch ein gedrängtes Resumé über den Inhalt der einzelnen Vorträge zu liefern. Manches Nebensächliche musste dabei selbstverständlich übergangen werden.

Zum Präsidenten der gynäkologischen Section war Prof. Halbertsma aus Utrecht gewählt. Die officiellen Sprachen waren die französische und die deutsche. Die Verhandlungen wurden eingeleitet durch einen Vortrag des Herrn de la Faille (Leeuwarden) über die Behandlung der Gebärmutterfibrome — eine fleissige Arbeit, die jedoch kaum etwas wesentlich Neues brachte. Satz 7: »Die totale Exstirpation des Uterus ist partieller Ausrottung vorzuziehen«, hätte etwas ausführlicher begründet werden können.

Hieran schloss sich ein kurzer Vortrag des Ref., der seinen Apparat zur permanenten Irrigation demonstrirte. Ref. hatte späterhin Gelegenheit, das Urtheil Lister's über diesen Apparat zu hören. Lister hielt mit demselben die (sogeannte strenge) aseptische Methode zur Anwendung auf die Wunden des weiblichen Genitalcanals für vollkommen durchführbar — nur würde er bei gynäkologischen Operationen noch den Spray anwenden, da sich

nach seiner Erfahrung die Blutgerinnsel nachträglich immerhin schwierig desinficiren liessen. Interessant war es, auf diesem Congress zu constatiren, dass die aseptische Wundbehandlung in allen anderen in Betracht kommenden Specialitäten mehr Interesse erregt und grössere Verbreitung gefunden hat, als gerade in der Gynäkologie.

Der zweite grössere Vortrag war der des Professors Halbertsma aus Utrecht: Ueber die Prophylaxis des Wochenbettfiebers. Seine Behauptungen, die der Neuheit nicht entbehren, stellen, wenn ich so sagen darf, eine juste milieu dar, zwischen der älteren Miasmenlehre, mit ihren atmosphärisch-kosmisch-tellurischen Einflüssen und der modernen Infectionstheorie.

Satz 1 lautete: Die Hauptursachen des Wochenbettfiebers sind: a) abnorme Geburten, b) Infection von aussen, c) athmosphärische Einflüsse. Im Anschluss an c) entwickelte Redner seine Lehre vom Rheumatismus uteri, wie derselbe im Winter häufiger beobachtet werde, als im Sommer, auch schon vor der Entbindung zu constatiren sei, und wie er im Wochenbett eine Atonie der Uterusmuskulatur erzeuge, und durch mangelhafte Contraction derselben ungenügenden Schluss der Gefässe, und dadurch Aufnahme putrider Stoffe herbeiführe. Redner wende in solchen Fällen prophylaktisch Verabreichung von Salicylsäure als Antirheumaticum an, und erziele damit schöne Erfolge. Satz 2 hiess: Zur Prophylaxis dienen a) künstliche Entbindung, ehe sich Symptome von Endometritis entwickeln, b) Unterlassung der inneren Untersuchung bei normalen Geburten, c) antiseptische Cautelen, wobei Redner verrieth, dass er unter »Antisepsis« neben sonstiger Reinlichkeit und Desinfection eine beliebige zeitweise Ausspülung der bereits von Sepsis ergriffenen Wunden des weiblichen Genitalcanals mit etwas Carbolwasser verstand. Mit einer solchen »Antisepsis« haben die Lehren Pasteur's und Lister's doch wenig zu schaffen. Beliebige Abspülungen mit Carbolwasser sind nun einmal keine Antisepsis. Als weitere Prophylaxis vor dem Puerperalfieber wurde die Förderung der Gebärmuttercontraction im Wochenbett durch Ergotin bezeichnet. Der Schlusssatz hiess: Die Resultate der Entbindungen können in Gebäranstalten ebenso günstig sein, wie in Privatwohnungen. Hieran schloss sich eine sehr höfliche Discussion, die von einigen französischen Rednern mit brillantem Vortrag auf die Statistik der Pariser Maternité hinübergespielt wurde, — übrigens zu keinem positiven Resultate führte.

Ein Vortrag des Herrn van der Mey (Amsterdam) über Pilocarpin, Eserin u. a. auf die Contractionen der Gebärmutter constatirte, dass das Pilocarpin, sowie das in seinen bezüglichen Wirkungen nicht wesentlich abweichende Eserinsulphat in ihrem geburtshülflichen Ansehn sehr erschüttert seien und wohl nur in Verbindung mit den mechanischen Mitteln zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt und zur Beförderung schwacher Wehen mit Vortheil benutzt werden können.

Vorträge von Albrecht in Bern über Kindermehl, Leblond's aus Paris über Perineorraphie, ein von Herrn Baart de la Faille

(Groningen) vorgezeigtes Lithopädion intrauterinum einer Kuh, gynäkologische Mittheilungen von Gallard in Paris, ein Vortrag über das häufige Vorkommen von Tetanus neonatorum in Brasilien von einem südamerikanischen Collegen — lieferten, so interessant manche Einzelheiten waren, doch nur wenig wirklich Bemerkenswerthes.

Die Rede Petithan's (Liége): Ueber die Stellung der Gynäkologie zur socialen Frage der Zeugung warf blendende Streiflichter auf die hohe volkswirthschaftliche Bestimmung des Gynäkologen und löste sehr einfach in befriedigendster Weise die sociale Frage. Herr Petithan will vom Kindersegen nicht viel wissen — die Kleinen nehmen nur Platz fort am Tische des Lebens; die einzige Propagation, die ihm am Herzen liegt, ist die seiner socialen Theorie.

Herr Piccinini (Aste, Italien) sprach über das puerperale Contagium und zeigte in einer Reihe von Gemeinplätzen, dass die Lehren von Semmelweis auch nach Aste ihren Weg gefunden haben, und die Therapie des Puerperalfiebers, wie es Fritsch schon vor mehreren Jahren ausgesprochen, keine andere als eine locale sein darf.

Es folgte ein Vortrag des Ref. über zwei kürzlich von ihm gemachte, durch einige Einzelheiten bemerkenswerthe Ovariotomien.

Herr Barnouw (Amsterdam) demonstrirte hierauf einige sehr hübsche Pessarien, die er selbst aus Guttapercha anfertigt. Man schneidet ein Stück Guttapercha ab, wirft es in ein Gefäss voll siedenden Wassers, nimmt es in die vorher in Oel getauchten Hände und kann es dann zu jeder beliebigen Pessarienform rollen und kneten, wie man gerade wünscht. Nicht ganz neu, aber gewiss sehr praktisch.

Im Verlauf der Verhandlungen wurden noch einige gynäkologische Instrumente vorgezeigt, deren Beschreibung zu weit führen würde: Ein geburtshülflicher beweglicher Universalhaken, ein gewaltiges Speculum, um Scheidenoperationen ohne jede Assistenz zu vollziehen, ein Intrauterin-Pessarium, durch eine bewegliche Spirale mit einem Scheidenpessar verbunden, hübsche, aber sehr kostspielige Phantome, und Anderes.

Berichtigung: *In dem Referate über »Verletzungen der weiblichen Genitalien ausserhalb des Puerperiums von R. Kaltenbach«, Centralblatt für Gynäk. No. 17, p. 430, sollte es heissen: »Eine Beschreibung der in* ***3 Abschnitten*** *in einer Sitzung vorgenommenen Operation« statt »der in 3 Sitzungen vorgenommenen Operation«.*

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S. (Margarethenstrasse 5), an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart (Alleenplatz 3), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

// Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Dritter Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 15 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

N°. 22. Sonnabend, den 25. October. **1879.**

I. Ueber Castration. Vortrag in der gynäkologischen Section der Naturforscherversammlung zu Baden-Baden gehalten am 19. September 1879

von

Professor **A. Hegar.**

Meine Absicht ist, Ihnen einen kurzen Bericht über 42 von mir ausgeführte Castrationen zu geben. Die Zahl mag vielleicht etwas hoch erscheinen. Allein es wurden mir Kranke aus weiter Ferne

22

zugeschickt, und es befinden sich unter jener Zahl allein 13 Fälle von ausgesprochenen kleinen Geschwülsten. Ausserdem glaube ich, dass die Anzeige zu unserer Operation sich häufiger findet, als ich selbst früher annahm.

Ich war etwas verlegen in Bezug auf die Gruppirung, in welcher ich Ihnen die Beobachtungen vorzuführen hätte. Bei näherer Ueberlegung erschien mir eine Eintheilung nach der anatomischen Alteration am zweckmässigsten, obgleich diese ja nicht an und für sich die Indication bildet, sondern vielmehr die durch solche anatomische Veränderungen hervorgerufenen Beschwerden und Erscheinungen die Anzeige liefern.

Die erste Kategorie umfasst 13 Fälle, in welchen ausgesprochene kleine Geschwülste vorhanden waren, entweder doppelseitig oder lediglich auf einer Seite. Hier sind die Grenzen zwischen gewöhnlicher Ovariotomie und Castration schwer zu ziehen und im einzelnen Fall kann man schwanken, wem von beiden man ihn zutheilen soll. Die Indicationen und die Technik nähern sich jedoch entschieden mehr der Castration, daher ich dieser alle Beobachtungen angereiht habe, in welchen beide Eierstöcke entfernt wurden und die Geschwülste die Grösse einer Billardkugel nicht oder nicht viel überschritten. — Wir hatten hier sehr verschiedenartige Erkrankungen vor uns, gewöhnliche follikuläre oder auch papilläre Cystome, Dermoide, Parovarial- und sogenannte Tuboovarialcysten und auch diese noch in Combinationen, z. B. auf der einen Seite ein follikuläres Cystom, auf der andern ein Dermoid oder eine Parovarialcyste und gleichzeitig eine Ovarialschwellung auf derselben Seite u. a. — Was die Tuboovarialcysten betrifft, so bestanden die pathologischen Veränderungen in einer Hydrosalpinx mit Anlöthung der Fimbrien an den cystös entarteten Eierstock und ausserdem fanden sich noch kleine Cysten in den Ligamenten. Alles war doppelseitig und stets ausgedehnte Beckenperitonitis und Adhäsion vorhanden. Das Ganze beruhte auf einem chronischen Irritations- und Entzündungsprocesse, welcher die Uterinanhänge in ausgedehntem Masse ergriffen hatte. — Unter den Complicationen dieser Kategorie der kleinen Geschwülste nennen wir intensive Verwachsungen, auch mit dem Uterus, beträchtliche Anschoppungen dieses Organs, Retroversion. Ein Mal fand sich ein Fibrom bei doppelseitigem Dermoid.

Unter den Erscheinungen möchte ich das häufige Auftreten von Menorrhagieen und unregelmässigen Blutungen besonders hervorheben, da dies leicht zu diagnostischen Irrthümern dann führen kann, wenn die Geschwulst fest mit dem Uterus verwachsen ist. — Man glaubt dann leicht an ein Fibrom, da der Tumor sich fast stets fest anfühlt. Die Unmöglichkeit, die Eierstöcke für sich zu betasten und die Probepunction entscheiden. Doch giebt es auch noch ein anderes Unterscheidungsmerkmal, auf welches, so viel ich weiss, bis jetzt noch nicht aufmerksam gemacht worden ist, und welches sich auch bei andern Vorkommnissen häufig gut verwerthen lässt. Bei einer sorgfältigen

Untersuchung lässt sich durch Eindringen mit dem Finger zwischen Uterus und Geschwulst und durch Versuche, letztere abzuheben, die Verwachsung oft trennen, wobei man ein deutliches Fremissement wahrnimmt.

Die Operationen gehörten mitunter zu den schwierigsten, welche ich überhaupt ausgeführt habe. Die Beschränktheit des Operationsfeldes, die ausgedehnten und gefässreichen Verwachsungen liessen die Ausführung oft schwieriger erscheinen, als die complicirteste Ovariotomie. Trotzdem waren die Ausgänge recht günstig. Nur 2 Mal erfolgte Tod, durch Sepsis und Incarceratio interna, 8 Mal waren alle Beschwerden gehoben, während 3 Mal noch später über schmerzhafte Empfindungen im Unterleib geklagt wurde.

Die zweite Kategorie umfasst die Fibrome, wegen welcher 12 Mal die Castration ausgeführt worden ist. Die Geschwülste waren nicht sehr gross und überstiegen nie bedeutend den Nabel. Nur 1 Mal wurde bei einem interligamentösen Kolossaltumor operirt, da derselbe nicht exstirpirbar erschien, die Eierstöcke deutlich unter der vorderen Bauchwand gefühlt werden konnten und der desperate Zustand der Patientin jedes Mittel rechtfertigte, welches Aussicht auf Besserung eröffnete. Im Allgemeinen halte ich bei sehr grossen Fibromen die Castration für ein zweifelhaftes Mittel. Doch müssen hierüber noch weitere Erfahrungen endgültig entscheiden.

Dreimal war der Ausgang ein letaler, jedesmal durch septische Peritonitis hervorgerufen. 6 Mal wurde vollständige Menopause und Schrumpfung des Tumors nach längerer Beobachtungszeit constatirt. Rechne ich hierzu noch die unter die erste Kategorie eingereihte Operation bei Fibrom und gleichzeitigem doppeltem Dermoid, so haben wir 7 solcher günstigen Ausgänge. Ich stelle Ihnen 3 derart vollständig geheilte Frauen vor. Bei 2 Fibromen ist die Castration erst seit etwa 3—4 Monaten vorgenommen worden und wenigstens bis jetzt Menopause beobachtet. Bei jenem oben erwähnten Kolossaltumor sistirten die Blutungen volle 6 Monate. Die sehr heruntergekommene Patientin erholte sich sichtlich und die Geschwulst schien abzunehmen. Allein alsdann traten bei der in sehr ärmlichen Verhältnissen lebenden Patientin, welche sich der schwersten Arbeit unterzog, neue Blutungen auf. Die Geschwulst vergrösserte sich rasch, wurde weicher, fluctuirte, und der Tod erfolgte endlich 11 Monate nach dem operativen Eingriff. Die Section wies eine enorme fibrocystische Geschwulst nach, in welcher die äusserst erweiterten Lymphräume ein theilweise eitriges Serum enthielten.

In die dritte Kategorie gehören 5 Fälle von sogenannter chronischer Oophoritis, kleincystischer Degeneration der Follikel mit Veränderungen im Stroma des Organs, ohne dass wesentliche entzündliche Alterationen in der Umgebung vorhanden waren. 1 Mal erfolgte der Tod durch Incarceration, 3 Mal wurde Beseitigung sämmtlicher Beschwerden constatirt und zwar noch nach längerer Beobachtungszeit. Der Effect trat hier überraschend schnell ein. Zwei

der Kranken gaben am Tage nach der Operation an, dass sie sich seit Jahren nicht so wohl befunden hätten, und dass insbesondere die Schmerzen, von welchen sie beständig gequält wurden, jetzt verschwunden seien. Ich bin in der Lage, Ihnen 2 dieser Kranken vorzustellen. Bei einer letzten Patientin dieser Art ist der Erfolg noch zweifelhaft, doch ist eine entschiedene Besserung vorhanden, selbst in Bezug auf eine Intercostalneuralgie, von welcher es vor der Operation dahingestellt sein musste, ob sie von dem Sexualleiden ihren Ausgang nahm oder nicht.

In die vierte Kategorie gehören 5 Beobachtungen, bei welchen vorzugsweise Uterusaffectionen, wie nicht corrigirbare Retroflexionen, spitzwinkelige Anteflexionen, Infarct vorhanden waren mit den bekannten Symptomen. 1 Mal Tod durch Ileus, 2 Mal Menopause mit Beseitigung der Beschwerden. 2 Fälle sind noch zu neu, um über den Enderfolg zu berichten.

Besonderes Interesse bietet die fünfte Kategorie dar mit ausgesprochenen chronischen Entzündungszuständen recurrirenden Charakters. Perioophoritis, Salpingitis, Peri- und Parametritis mit Adhäsionen, Starrheit der Ligamente, Einbettung der Ovarien in starre, schrumpfende Exsudatmassen. Die Beschwerden sind äusserst heftig gewesen. Heftige lokale fixe und ausstrahlende Schmerzen und mannigfache Neurosen, welche bis zu den unerträglichsten Leiden sich steigerten.

7 Fälle sind verzeichnet, sämmtlich trotz der oft sehr schwierigen und lange dauernden Operation ohne tödtlichen Ausgang. 3 Mal Menopause und vollständige Heilung. 1 Mal Menopause und entschiedene Besserung. 1 Mal regelmässige typische Blutungen bei beträchtlicher Besserung. 2 Fälle noch zu neu, um den Enderfolg zu beurtheilen.

Diesen Notizen erlaube ich mir einige Bemerkungen anzureihen, die sich natürlich »der Kürze der mir zugemessenen Zeit wegen« nur auf einzelne wichtige Verhältnisse erstrecken können. — Die Mortalität beträgt bei meinen Operationen **16,6%**. — Unter 47 mir bekannten Castrationen Anderer finde ich 15 Todesfälle = 32%. Ein richtiges Urtheil über die Bedeutung eines Eingriffs wird wohl eher gewonnen, wenn man die Resultate eines Einzelnen zu Grunde legt, welcher ein grösseres Material besitzt. Die Ergebnisse einer grösseren Anzahl verschiedener Operateure, von welchen Keiner eine grössere Zahl von Beobachtungen aufzuweisen hat und von welchen Jeder mit verschiedener Anschauung und Technik an die Operation herantritt, scheint mir nicht massgebend. Nimmt man daher 16—17% als durchschnittliche Mortalität, so ist dies durchaus günstig und vielversprechend für die Zukunft der Operation, besonders wenn man bedenkt, dass diese noch ganz neu, dass die Cautelen noch nicht hinreichend bekannt und die Technik noch wenig ausgebildet ist. Man wird in Zukunft gewiss mehr erreichen. — 4 Mal wurde als Todesursache Septichämie und 3 Mal auffallender Weise Ileus ver-

zeichnet. Bei ersterer spielt ohne Zweifel eine Uebertragung während der Operation die Hauptrolle. Es gehört hierher auch meine erste Castration, bei welcher ich das antiseptische Verfahren noch nicht so ausgebildet hatte, als später. — Nur 1 Mal ist wohl die Peritonitis auf andere Weise, als durch Uebertragung in die Bauchhöhle während des Eingriffs entstanden. Nach dem Befund bei der Obduction und dem etwas protrahirten Verlauf der Krankheit ist es sehr wahrscheinlich, dass jene durch einen Abscess zwischen Decken und Peritoneum angeregt wurde. Patientin hatte ungewöhnlich dicke gefäss- und fettreiche Bauchdecken. Es wird später das Mittel angegeben werden, um solche Zufälle zu verhüten. — Der Ileus erfolgte 1 Mal durch Einschieben einer Dünndarmschlinge zwischen Bauchdecken und einen an diese adhärenten Netzstrang, 1 Mal durch Einklemmung einer Schlinge zwischen Entzündungssträngen, welche das kleine Becken durchsetzten, und welche nach der Exstirpation stark verwachsener Tuboovarialcysten zurückgeblieben waren. Das 3. Mal wurde ein Appendix epiploicus mit in die Ligatur gefasst und hierdurch zu einer spitzwinkeligen Knickung des Darmes Anlass gegeben. Dies war ein technischer Fehler, welcher hätte vermieden werden sollen. Aber auch die andern Ursachen des Ileus konnte man umgehen. Kleine Netzstränge, welche man ja nicht selten bei Laparotomieen antrifft, schneide ich jetzt nach vorhergegangener Ligatur weg. Die im Becken ausgespannten Fäden hätte man während der Operation zerreissen sollen.

Die Endresultate in Bezug auf die Beseitigung der Beschwerden wurden schon bei den einzelnen Kategorien erwähnt. Ich füge hier eine allgemeine Uebersicht bei. Nach Abzug der letalen Ausgänge und der Beobachtungen, bei welchen noch eine zu kurze Zeit seit der Operation verstrichen ist, notire ich unter 28 in dieser Richtung verwerthbaren Fällen 21 Mal einen vollständigen Erfolg, 1 Mal einen vorübergehenden; 3 Mal wurden nach der Exstirpation kleiner Tumoren noch weiter Schmerzen geklagt, 3 Mal trat Besserung ein, welche fast stets eine sehr erhebliche war, so dass auch noch weiterhin ein Fortschritt zu erwarten ist. Zuweilen wird der Erfolg der Operation für einige Zeit durch Erscheinungen wesentlich getrübt, wie sie auch den natürlichen Klimax begleiten.

Der Einfluss der Castration auf die Menses war bei meinen Operirten ein solcher, dass dadurch das alte Gesetz von der Abhängigkeit der Menses von der Ovulation nur bestätigt wird. Es bleiben in dieser Beziehung nach Abzug der letalen Ausgänge, der Fälle, über welche ich keine Nachricht erhalten oder bei denen die Zeit seit der Operation noch zu kurz ist, 30 Beobachtungen zu verwerthen. Von diesen sind 26 mit vollständiger Menopause verzeichnet; dreimal traten irreguläre Blutungen auf und 1 Mal eine regelmässige typische Hämorrhagie. — Im letzten Fall bestanden jedoch ganz exceptionelle Verhältnisse, auf welche einzugehen mich hier zu weit führen würde. — Man wird, wenn man solchen Ausnahmen

begegnet, eine Erklärung zu suchen haben, welche innerhalb des Rahmens der gültigen und so gut fundirten Theorie sich hält. Es führen unvollständige Exstirpation, ein dritter Eierstock, ein unwahrer Bericht zu Täuschung. Wie bei Männern Hämorrhoiden zuweilen zu regelmässigen Blutungen Anlass geben, so können diese beim Weibe durch stark erweiterte, varicöse Venen in den Ligamenten und im Uterus veranlasst werden. Ausserdem scheint es mir, als ob mitunter irgend ein anderer Reiz an die Stelle des ovulirenden Organs zu treten vermöge. Dass in dieser Weise typische Blutungen entstehen können, wird durch das Auftreten solcher nach lange abgelaufenem natürlichem Klimax bei Frauen, deren Sexualorgane z. B. durch Carcinom erkranken, bewiesen. Auch einzelne Fälle von Menstruatio praecox bei doppelseitiger Ovarialerkrankung möchten ähnlich zu erklären sein. In unserer Beobachtung scheint mir ein schmerzhafter Exsudatknoten an der Ligaturstelle die Irritation fortdauernd zu erhalten. Die Endausläufer der Nerven, durch deren Vermittelung der Reflexausschlag besorgt wird, sind durch die Wegnahme der Ovarien entfernt; allein es bleiben noch die dieser peripheren Ausbreitung benachbarten Abschnitte zurück, und so ist es ja sehr plausibel, dass die dieselben treffende Irritation ausnahmsweise in ähnlicher Art wirkt, wie das ovulirende Organ.

Die Stellung der Indication bietet manche Schwierigkeiten dar. Da es sich selten um unmittelbare Lebensgefahr handelt, so muss man vor Allem den Grundsatz festhalten, dass alle andern Mittel unserer Therapie erschöpft sind. Dann bleibt uns aber noch eine grosse Anzahl Kranker, bei welchen die Castration Hülfe zu schaffen vermag. Denn das kann man sich denn doch nicht verhehlen, dass bei den hier in Frage kommenden, meist veralteten Uebeln unsere Therapie ziemlich erfolglos ist. Sind die Patientinnen bemittelt, so reisen sie von einem Gynäkologen zum andern, von einem Bade in das andere, sind physische und oft geistige Krüppel, deren Zustand jede Beschäftigung unmöglich macht, und zur traurigen Zerrüttung eines jeden Familienglückes führt. Im günstigen Falle wird so der natürliche Klimax erreicht, wo dann gewöhnlich eine entschiedene Besserung eintritt. Sind die Kranken unbemittelt, so gehen sie entweder zu Grunde oder wandern, moralisch und körperlich verkümmert, als leidige Spitalschwestern aus einem Krankenhaus in das andere. In prophylactischer Beziehung kann hier viel geschehen. Bessere Erziehung und Körperpflege der heranwachsenden weiblichen Jugend, Erkennung und Behandlung der Erkrankungen in der ersten Zeit ihres Entstehens werden die Zahl solcher Unglücklichen vermindern, jedoch nie ganz verschwinden lassen.

Weiterhin muss man an einer pathologisch-anatomischen Veränderung der Ovarien selbst oder auch des Uterus und seiner Anhänge als Basis der Indication festhalten. Blos functionelle Störungen als Anzeigen zu benutzen, wie dies die Amerikaner zuweilen thun, scheint mir nicht gerechtfertigt.

Sehen wir ab von den seltenern Befunden, wie rudimentärem Uterus bei functionirenden Ovarien, Atresie des Genitalschlauchs bei Unmöglichkeit einer Eröffnung desselben, so bleiben uns hauptsächlich übrig kleine Ovarialtumoren, sogenannte chronische Oophoritis, recurrirende Entzündungen der Uterinanhänge und Erkrankungen des Uterus selbst. — Die Beschwerden und Erscheinungen, welche die eigentliche Anzeige abgeben, sind hochgradige Störung der Menstruation, Blutungen, Schmerzen am Ort der Erkrankung und davon ausstrahlend, die durch den directen Einfluss der Erkrankung auf die Nachbartheile, Blase, Darm, Bauchfell bedingten Erscheinungen und endlich die consensuellen und Reflexsymptome. Die letzteren bieten nun ein äusserst interessantes, aber auch schwieriges Problem. Es liegt uns ob, den Kausalnexus derselben mit dem Leiden der Generationsorgane festzustellen. Freilich ist dies nicht stets von der grössten Tragweite in praktischer Hinsicht. Die Reflexneurose bildet häufig nur den kleineren Theil der Beschwerden, welche sonst sicher auf das bestehende Sexualleiden zurückgeführt werden können. Allein nicht ganz selten spielt die Reflexneurose auch die Hauptrolle, tritt ganz entschieden in den Vordergrund, so dass Pat. sich nur desswegen an den Arzt wendet. Sie ist gerade durch diese Erscheinung so belästigt und elend gemacht, dass sie den gefährlichsten Eingriff nicht scheut, wenn er nur eine Chance der Heilung bietet.

Ich habe Fälle zahlreich gesehen, in welchen eine Aphonie, stetiger Husten, asthmatische Anfälle, hartnäckiges Erbrechen, fortwährender Harndrang, Vaginismus, Migräne, Neuralgieen der verschiedensten Körpertheile, allgemeine Krampfanfälle mit solcher Heftigkeit auftraten, dass sie den Kranken das Leben zur Last machten. In meiner Arbeit über Castration habe ich die Merkmale ausführlich aufgeführt, welche den Ursprung jener Symptome aus dem Sexualleiden documentiren, daher ich hier nicht näher darauf eingehe. Meine Erfolge sind im Allgemeinen in dieser Richtung sehr günstige, zuweilen selbst überraschende gewesen. Allein zuweilen liessen sie doch zu wünschen übrig, auch da, wo der Zusammenhang wohl ausser Zweifel stand und ich möchte hier auf einen Umstand aufmerksam machen, welcher dieses Scheitern, wenigstens bei den chronischen Entzündungszuständen der Uterinanhänge, bei denen gerade oft hochgradige Reflexneurosen auftreten, erklärt. Unser College Freund hat in einem früheren Vortrag auf der Innsbrucker Versammlung den Connex schrumpfender Parametritis mit Neurosen hervorgehoben. Ich muss nach meinen Beobachtungen die Richtigkeit dieser Ansicht bestätigen. Doch handelt es sich nicht allein um Parametritis. Die Neurose kann erzeugt werden durch die Einbettung und Compression der peripheren Nervenramificationen in dem schrumpfenden Stroma eines Ovariums oder dies ist von seiner Peripherie aus durch ein schrumpfendes, perioophoritisches Exsudat zusammengepresst. Die Spannung der in ihrer Ausdehnung gehinderten, sich vergrössernden Follikel trägt zur Erzeugung der Reflexneurose bei. Allein es ist leicht ersichtlich,

dass auch an anderen Stellen des Verlaufs der zum Eierstock führenden Nerven, zwischen den Platten des Ligaments oder entfernter unter einer Platte, durch eine parametritische Schwiele oder Narbe eine solche Einklemmung stattfinden kann. In letzterem Falle wird durch die Castration immerhin ein Irritationsmoment entfernt. Es ist ja bekannt, dass bei Gegenwart solcher Schwielen die periodische Congestion den Zustand erheblich verschlimmert. Auch der Act des operativen Eingriffs kann Nutzen schaffen, da ein geschrumpftes, starres Ligament stark gezerrt wird und die nothwendig hierbei stattfindende Nervendehnung einen vortheilhaften Effect ausübt. Dies lässt sich mitunter wohl auch ohne Eröffnung des Bauches erreichen. Der Nutzen der Massage mag zuweilen darauf beruhen. Allein der Erfolg ist natürlich nicht sicher gestellt, sobald Nerven in weiterer Umgebung des Ovariums durch den pathologischen Process afficirt sind, wobei ich von einer fortschreitenden Neuritis noch ganz absehe.

Vielleicht empfiehlt es sich, unter solchen Verhältnissen eine andere Versorgungsmethode des Stiels als die Ligatur anzuwenden. Diese wird die Nerven, auch wenn sie noch so fest geschnürt ist, nicht rasch und nicht vollständig ausser Thätigkeit an Ort und Stelle setzen. Auch liefert der zurückgebliebene Faden später ein weiteres Irritationsmoment. Der Ecraseur und besonders die Glühhitze wären hier sehr viel besser. Allein sie ist hier, wo die Versorgung oft innerhalb der Bauchhöhle stattfinden muss, schwer anzuwenden.

Zum Schluss noch einige Worte über die Technik, welche sehr wesentlich von der bei gewöhnlicher Ovariotomie differirt.

Dass die antiseptischen Massregeln auf das peinlichste durchgeführt werden, versteht sich von selbst. Darunter verstehe ich jedoch nicht das Lister'sche Verfahren, welches hier höchstens in Bezug auf die Incisionswunde exact gebraucht werden, im Uebrigen nur in seinem einen Attribut, dem Spray, zur Anwendung gebracht werden kann. Gerade den Spray halte ich aber bei der Castration, wenn nicht bei der Laparotomie überhaupt, eher für schädlich, als nützlich. — Bei grossen Geschwülsten kann man den Tumor oft ohne alle Freilegung der Eingeweide und tieferen Abschnitte des Bauchfells hervorziehen und abschneiden. Der Tumor verstopft wie ein Pfropf bei dem Anziehen den Zugang zu dem Peritonealsacke. Da wo dies unmöglich ist, ist auch meist das Bauchfell in ausgedehntem Maasse verändert und reagirt in anderer Art auf die reizende Flüssigkeit, als ein gesundes Peritoneum oder es sind ganze Abschnitte der Bauchhöhle und gerade die intacteren durch Verwachsungen und Adhäsionen der Intestina abgeschlossen. Ausserdem hat man eine grosse Incision, und es lässt sich sehr gut die eingedrungene Flüssigkeit durch die Toilette entfernen. Anders bei der Castration. Das Ovarium ist nicht ohne Blosslegung tieferer Abschnitte der Bauchhöhle zu fassen und zu beseitigen. Der überschwemmenden Flüssigkeit wird ein Canal zum Eindringen geöffnet. Das Bauchfell ist gesund oder höchstens in seinem Beckenabschnitt verändert. Der

Schnitt ist klein und die Toilette schwieriger, die Flüssigkeit nur schwer und mit mehr Trauma durch die Schwämme zu entfernen. Abgesehen von Carbolvergiftung, Entstehung von ausgedehnten Adhäsionen durch die reizende Flüssigkeit, durch die Endothelabschürfung bei dem Versuche einer sorgfältigen Toilette, halte ich das Zurücklassen irgend grösserer Mengen einer Flüssigkeit, welches nicht immer zu umgehen sein dürfte, für nachtheilig. Ob stets eine solche sofort rasch resorbirt wird, erscheint mir sehr zweifelhaft, besonders wenn sie mit Serum oder Blut vermischt ist und jedenfalls Luft enthält. Nach Wegener's Versuchen kann ja schon destillirtes mit atmosphärischer Luft vermengtes Wasser, in die Bauchhöhle gebracht, septische Peritonitis bedingen, da es durch Diffusion Albuminate, Salze aufnimmt und so eine gute Nährflüssigkeit abgiebt. Das bischen mit dem Spray verbundene Carbolsäure wird wohl wenig daran ändern, da ja nach Experimenten die Fäulnisskeime durch so schwache Lösungen nicht zerstört, höchstens in ihrer Entwickelung etwas gehemmt werden. Jedenfalls wird die Flüssigkeit als Reiz wirken und stärkere Peristaltik erregen. Die Bewegung der Flüssigkeit begünstigt aber, wie dies Wegener ebenfalls fand, in hohem Grad die Entwicklung der Fäulnisskeime. Ausserdem kann aber durch die Peristaltik und durch das Medium der Flüssigkeit selbst sehr leicht ein zersetzter Stoff, welcher an der Innenfläche der Incisionswunde oder an der Ligaturstelle haftet oder sich daselbst bildet, in den übrigen Abschnitt der Bauchhöhle zerstreut werden, während er sonst bei Trockenlegung, welche zudem an sich die Entwickelung der Fäulnisskeime nicht begünstigt, bald abgekapselt wird. Mir scheint es ferner, als ob das Lister'sche Verfahren mit seinem Spray uns in ein gefährliches Gefühl von Sicherheit einlullt und uns leicht die viel wichtigeren Vorsichtsmassregeln, penible Reinigung der Instrumente, Tücher, Schwämme und besonders auch die Vorkehrungen in Bezug auf unsere Person, das Wegbleiben von infectiösen Kranken und Gegenständen mehrere Tage vor der Operation, worauf ich das grösste Gewicht lege, etwas vernachlässigen lässt. Diese Massregeln sind uns für die geburtshülfliche Praxis schon vor langer Zeit von Semmelweiss ans Herz gelegt worden; hätten wir sie bei Zeiten beachtet, befolgt und etwas weiter ausgedehnt, so wäre die deutsche Chirurgie, welche jetzt in dieser Beziehung vom Import lebt, auch hierin der anderer Länder lange vorausgeeilt. Ich habe $1\frac{1}{2}$ Jahre gelistert und unglücklicher operirt, als früher, und erst wieder ganz gute Resultate erlangt, als ich zu meiner früheren antiseptischen Methode zurückkehrte. Stark concentrirte desinficirende Flüssigkeiten gebrauche ich übrigens nicht mehr und lege den grössten Werth auf die Trockenlegung der Bauchhöhle.

Der erste Act der Operation unterscheidet sich von dem bei der gewöhnlichen Ovariotomie schon durch die Kleinheit des Schnittes. Die Bauchwand ist nicht gedehnt, und wollte man den Schnitt so gross machen, um mit der ganzen Hand eingehen zu können, so

müsste man die Incision meist bis über den Nabel hin ausdehnen oder nach dem Vorgang von Freund bei seiner Operation die Recti einschneiden. Dies ist nicht nöthig. Wenigstens war ich stets im Stande mit 2, höchstens 3 Fingern das Ovarium vorzuziehen. Die Bauchdecken sind ferner nicht verdünnt, dagegen gefässreich und das Fettpolster oft gerade bei den anämischsten Personen meist sehr dick und dabei lax. Das Bauchfell ist nicht verändert und oft sehr dünn, so dass eine Verletzung der darunter liegenden Därme leicht möglich erscheint, wenn man nicht vorsichtig ist. Spencer Wells hat bei der Exstirpation eines kleinen Ovarialtumors den Darm verletzt. Der erste Act erfordert daher meist mehr Zeit, als bei der gewöhnlichen Ovariotomie.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle geht man mit 1—2 Fingern erst an der vorderen Bauchwand etwas nach unten und schiebt dabei Netz und Därme womöglich nach oben, dringt dann entweder direct nach dem in seiner Lage früher festgestellten Ovarium vor oder geht zuerst zum Uterus und längs dessen Fundalwinkel zu jenem Organ. Das Mesenterium desselben wird mit dem etwas hakenförmig gekrümmten Finger umfasst und nach der Incision hin bewegt. Bei grösserem Widerstand muss man den Daumen zu Hülfe nehmen und es gelingt dann einem sehr allmäligen, stetigen Zug, dasselbe vor die Bauchdecken oder wenigstens in Sicht zu bringen, selbst dann, wenn Adhäsionen vorhanden sind und das Ligament sehr starr ist. Nachhülfe mittels der in die Scheide eingeführten Hand ist besonders bei kleinen Geschwülsten oft sehr vortheilhaft. Doch muss man alsdann die Hand wieder waschen, was viel Umstände macht. Am besten hält man das einmal gefasste Organ fest, legt mit der anderen Hand den Stiel frei und lässt nun einen Gehilfen, der freilich recht geübt sein muss, die Ligatur anlegen. Man muss sehr fest, doppelt oder einfach, ligiren, besonders bei grösserem Widerstand während des Hervorziehens. Die Retraction ist nämlich dann sehr stark, der Stiel zieht sich aus der Ligatur vollständig heraus, oder es zieht sich das Gewebe zwischen den Platten des Bauchfells und den Gefässen aus derselben heraus, worauf dann die Ligatur blos die Bauchfellscheide umgiebt.

Die Frage, ob man die Tube mit in die Ligatur nehmen soll, erledigt sich häufig von selbst. Ist die Tube mit dem Ovarium verwachsen, pathologisch verändert, ist das eigentliche Mesenterium ovarii kurz, sind starke Venendilatationen vorhanden, so ist es stets rathsam, die Tube in die Ligatur einzuschliessen. Im andern Falle kann man sich mit dem Eierstock begnügen. Dann könnte man wohl auch an eine andre Versorgung des Stiels denken, besonders an das Ecrasement oder das Ferrum candens, da die Gefässe, welche ausschliesslich zum Eierstock gehen, gewöhnlich nicht sehr stark sind. Leider möchte wohl die Technik häufig schwierig werden und das Verfahren doch nicht ganz sicher vor Blutungen schützen. — Die Versorgung des Stiels bildet auch hier, wie bei der gewöhnli-

chen Ovariotomie noch ein Problem, denn die versenkte Ligatur, man mag Catgut oder auf das sorgfältigste desinficirte Seide nehmen, führt denn doch nicht selten zu circumscripter Peritonitis und Abscessbildung. Wenn auch diese gewöhnlich gut abläuft und sogar oft übersehen wird, so wird doch die Reconvalescenz erheblich verzögert. Auf den letzten Act der Operation, die Schliessung der Bauchwunde, ist besonderes Gewicht zu legen. Die Wunde tendirt bei der oft laxen Beschaffenheit des reichlichen Fettgewebes, der häufigen Nothwendigkeit, zahlreiche Ligaturen von Gefässen vorzunehmen oder die erfolgende Blutung durch vorübergehende Compression zu stillen, zu Infiltration und Abscedirung. Man muss daher nöthigenfalls die Wunde glätten, gequetschte, suggillirte Partieen wegschneiden, das überflüssige, vorquellende Fettgewebe entfernen, selbst unter Umständen kleine Drains einlegen. Lebensgefährlich wird die Sache bloss dann, wenn unter begünstigenden Umständen, wozu ich besonders angesammelte Flüssigkeit in der Peritonealhöhle rechne, eine Infection in den tieferen Abschnitten derselben stattfindet. Das beste Mittel dagegen bleibt eine das Bauchfell weithin umfassende Naht.

---

1. **Spiegelberg** (Breslau). Zur Klammerbehandlung des Stieles bei der Ovariotomie. Nebst Bericht über 35 Listersche Operationen.

(Berliner klin. Wochenschrift 1879. No. 18.)

Dass die glänzenden Resultate der Ovariotomie in der letzten Zeit wesentlich durch die Einführung des antiseptischen Verfahrens bedingt sind, hat auch Verf. bei seinen Operationen erfahren. Während er früher von 45 Operirten nur 25 durchgebracht hat, hat er jetzt unter 35 streng antiseptisch behandelten 25 = 86 % Genesungen. Unter dem Eindruck der Erfolge der antiseptischen Methode und der dadurch in den Vordergrund getretenen intraperitonealen Stielbehandlung, ist die Klammerbehandlung etwas in Misscredit gekommen, indem man namentlich sagt, sie mache eine strenge Antisepsis nicht möglich.

Verf. hat in seinen 35 Fällen 19 mittels der Klammer behandelt und dabei 18 Genesungen gehabt. Von den 16 mit Stielversenkungen genasen nur 12. Allerdings waren es meistens complicirte Fälle. Auch von seinen antiseptischen Operationen hatte er bei 17 Klammerfällen nur 5 Verluste und bei 28 Stielversenkungen 15.

Verf. will nicht gegen die intraperitoneale Methode auftreten, glaubt aber, dass die Gründe, die man gegen die Klammerbehandlung aufgeworfen hat, dass sich nämlich kein vollständiger Verschluss der Bauchhöhle herstellen lasse, und dass das aussenliegende Stück des Stieles eine Pforte für Infectionen sei, als nicht stichhaltig zurückweisen zu müssen. Bei geeignetem Verfahren lasse sich beides vermei-

den. Häufigere Eiterungen, langsamere Heilung, breitere Narbe, Aussicht auf einen Bauchbruch sind die einzigen Nachtheile der Klammerbehandlung. Die gefürchteten Zerrungen, namentlich bei einer späteren Schwangerschaft, beruhen auf mehr theoretischen Anschauungen, Verf. hat sie nie beobachtet. Dagegen fallen die häufigen Beckeneiterungen, wie sie nach Stielversenkungen vorkamen, bei der Klammerbehandlung weg, es erscheint demnach die Zukunft der Operirten nach dieser Methode gesicherter. Vielleicht kann ein zweckmässigeres Ligaturmaterial dies in Zukunft ausgleichen. Die 35 Fälle sind in tabellarischer Form zusammengestellt. 32 mehr oder weniger einfache Fälle von Ovarialcysten. 1 Fall mit Schwangerschaft, complicirt. Abortus 3. Monat. Ferner 1 subseröse Cyste, ein doppelseitiges, intraligamentär fixirtes Papillom der Ovarien und der Beckenserosa (Drainage des Douglas), ein linksseitiges alveoläres hydropisches Sarkom, subserös unter der hinteren Platte des Lig. lat. inserirt. **Schellenberg** (Leipzig).

---

2. **Frankenhäuser** (Zürich). Ueber das Lister'sche Verfahren in Gynäkologie und Geburtshülfe.

(Correspondenzblatt für schweizer. Aerzte 1879. No. 14.)

Verf. hebt hervor, wie wenig das Lister'sche Verfahren, und speciell die Desinfection der Luft, in Gynäkologie und Geburtshülfe geübt werde. Dass gerade in der Infection der Luft die grösste Gefahr liege, beweisen die Resultate bei den Ovariotomien. Bei allen vom Verf. ausgeführten Operationen wurden die Hände und Instrumente desinficirt. In der Privatpraxis starben von 8 Operirten nur 1 an Peritonitis, von 12 im Spitale — einem alten, berüchtigten Locale — unter Beisein der ganzen klinischen Zuhörerschaft Operirten starben 8 und auch der Umzug in eine neue luftige Anstalt hatte keine Verminderung der ungünstigen Ausgänge zur Folge. Da somit der Grund der hohen Sterblichkeit weder an der Anstalt, noch bei den Operirenden zu finden war, so wurde derselbe in der durch die täglich den Sectionen beiwohnenden Studenten verdorbenen Luft gesucht. Als die Zahl der anwesenden Studenten auf 4—5 verringert und darauf gesehen wurde, dass dieselben sich aller entbehrlichen Kleidungsstücke vor Eintritt in das Zimmer entledigten, wurde das Resultat zusehends besser und von den 12 seit 2 Jahren unter Einhaltung des Lister'schen Verfahrens Operirten starben keine. Die Gesammtmortalität für 42 im Spitale und in der Privatpraxis, z. Th. bei sehr heruntergekommenen Frauen, ausgeführten Ovariotomien beträgt 28 %. Auch bei Enucleation interstitieller, z. Th. mehrere Pfunde schwerer Fibroide starben in der Klinik von 11 Pat. 2, in der Privatpraxis von 6 Pat. keine. Es sind deshalb alle, auch die den Uterus nur leicht verwundenden Operationen unter Spray zu machen, auch das Einlegen von Pressschwamm, dessen Gefahr übrigens nicht nur auf dem Eindringen von Luft, sondern auf den im Schwamm

enthaltenen Bacterien beruht, zu vermeiden. Unter der Anwendung des Lister'schen Verfahrens werden die Aussichten auch für andere Operationen von der Scheide aus, besonders die hohen Cervixexstirpationen bei malignen Neubildungen sich bessern, und wenn man keine septische Peritonitis zu fürchten hat, so werden manche Operationen am Uterus sich von der Scheide aus vornehmen lassen, für welche jetzt der Bauchschnitt nöthig ist.

Was die Anwendung des Lister'schen Verfahrens in der Geburtshülfe betrifft, so hatte Verf. bei 6 monatlicher Anwendung der Vorschriften von Bischoff u. A. keine günstigen Resultate. Er hält die prophylaktischen Injectionen in den Uterus für die Veranlassung manches ungünstigen Verlaufes, besonders mancher hohen Temperatur aus dieser Zeit. Man riskirt immer Luft einzuführen und ist nie sicher die auf der Schleimhaut sitzenden Fäulnisserreger abzuspülen. Die Gefahr der Krankheitsübertragung ist bei den vielen Manipulationen und mässigem Wärterpersonal ausserdem zu gross. Verf. verwirft deshalb alle ohne dringende Noth ausgeführten Injectionen und ebenso alles Eingehen mit der Hand ohne besondere Indication. Ist letzteres indicirt, so geschehe es unter Spray, wie überhaupt alles Untersuchen und Eingehen mit der Hand, denn die Desinfection der eindringenden Luft ist sicherer als das Herausspülen der Fäulnisserreger, wenn sie mit der Luft eingedrungen sind. Die eingedrungenen Bacterien zerstören die Gewebe der Wöchnerin sehr rasch; es liegt wohl hier eine Prädisposition zu Grunde, die in der Veränderung des Blutes, der veränderten Circulation und der heruntergesetzten Ernährung der Gewebe, nicht nur in der Verwundung zu suchen ist. Sauerstoffreiches Blut und lebhafter Stoffumsatz sind jedenfalls ein Hinderniss für die Entwicklung der Fäulnisserreger. Da der Arzt nicht weiss, ob er der Träger dieser Fäulnisserreger ist, ob er nicht selbst mit seinen Kleidern die Luft verunreinigt, so sollte er immer vor der Untersuchung den Rock ausziehen und unter Spray untersuchen.

Anmerkung des Referenten: Auch auf der Bischoff'schen Klinik wird seit mehreren Jahren jedes Eingehen in den Uterus, jede Dammnaht nach der Geburt und viele gynäkologische Operationen unter Spray gemacht. Uebrigens bildeten schon vorher, zur Zeit der ausschliesslichen Anwendung von Carbolinjectionen die Fälle die Regel, wo nach schwerer Geburt, langdauernden Operationen, insbesondere schweren Placentarlösungen, bei übelriechendem Fruchtwasser etc. sich keine Spur von Fieber zeigte. **Oeri** (Basel).

---

3. **Ellenberger** (Dresden). Vergleichend anatomische Untersuchungen über die histologische Einrichtung des Uterus der Thiere.

(Arch. für wissensch. und prakt. Thierheilkunde 1879. Berlin. Bd. V. Hft. 2 u. 3.)

Die Ansichten bezüglich der Schichtung der Uteruswand, insbesondere aber des Verhältnisses der sogenannten weichen Innenhaut

zu den übrigen Schichten, sowie des Baues der ersteren, gehen noch vielfach auseinander. Die weiche Innenschicht liegt nach E. einem Muskelgewebe des Uterus ohne eine verbindende lockere Mucosa unmittelbar und fest an. In den Arbeiten über die pathologischen Veränderungen des Uterus wird nicht selten nach Analogie anderer Organe der Ausdruck »Submucosa« auf die unter der weichen Innenschicht und über der Muskulatur gelegene Abtheilung der Uteruswand angewandt. Bei Reizzuständen findet daselbst eine Wucherung des aus der Muskel- in die Drüsenschicht eintretenden Bindegewebes statt, wodurch zwischen beiden ein fibröses Stratum entsteht, in welchem sich noch Muskelspindelzellen nachweisen lassen. Dieser Zustand, der bei alten Thieren nicht selten angetroffen wird, ist aber ein pathologischer; beim normalen Uterus jugendlicher Thiere ist das Verhältniss ein ganz anderes.

Die Untersuchungen des Verf. erstreckten sich auf 16 Thierspecies von Artiodactyla, Peryssodactyla, Rodentia, Insectivora, Chiroptera, Carnivora und Primates. Den menschlichen Uterus hielt derselbe wegen der Complicirtheit des Baues der Muskelschicht zum Studium besagter Verhältnisse nicht für geeignet. Die Untersuchungen sind sämmtlich am nichtschwangeren, meistens sogar am jungfräulichen Uterus gemacht worden.

Beim Rind sitzen die Flimmerepithelzellen auf einer feinen, glashellen, structurlosen Membran und lassen zwischen sich auch niedrige, rundliche Zellformen, wie sie bereits Hagemann beschrieben hat, nachweisen. Durch schlauchförmige Einstülpungen dieser Epithelschicht entstehen die Utriculardrüsen, die in ihrer Gesammtheit eine bedeutende Vergrösserung der inneren Oberfläche bedingen. Die Innenhaut trägt ein Bindegewebsgerüst, dessen Fasern von der Muskel- nach der Epithelschicht hin immer feiner werden, während gleichzeitig der Zellenreichthum dieses Gewebes zunimmt. Das hierdurch entstehende feinmaschige Netzwerk ragt bis an die Basalmembranen der Epithelien heran und begleitet in zarten Längszügen die Gefässe und Uterindrüsen, um welch letztere sie bindegewebige Scheiden bildet. Diese Scheiden sowohl, als auch die Basalmembranen der Drüsen, sind mit endothelartigen Zellen belegt und lassen sich in gehärteten Präparaten zwischen diesen beiden Lagen Lücken, in welchen hier und da Wanderzellen sichtbar sind, nachweisen.

Das der Drüsenschicht anliegende Stratum besteht aus glatten Muskelfasern, die circulär um die Innenschicht herumlaufen und mit dieser auf das Innigste verbunden sind (Stratum submucosum nach Kreitzer). Beide Schichten stehen im wechselseitigen Austausch ihrer Elemente, wie dies auch schon von Henle und Frey hervorgehoben wurde. Die Muskelschicht ist verhältnissmässig stark und gehen von ihr aus kleine Bündelchen an die unteren blinden Enden der Drüsen, die sich hierdurch gewissermassen an die Muskulatur befestigen.

Die unter dem beschriebenen Stratum liegende Schicht besteht

vorzugsweise aus Bindegewebe, welches unmittelbar unter der Muskelschicht dichter, und entfernt davon, locker geordnet ist. In demselben befinden sich auch elastische Fasern und glatte Muskelzellen, sowie die grossen Blut,- Lymphgefäss- und Nervenstämme (Stratum vasculare nach Kreitzer).

Nach aussen folgt wieder glatte Muskulatur, die in 2 Lagen angeordnet erscheint; die nach innen liegende (Stratum supravasculare) ist circulär, die nach aussen (Stratum subserosum), hat longitudinale Faserzüge. An den Grenzen beider Schichten gewinnt es den Anschein, als griffen dieselben in einander. Beide Lagen gehen in die Muskulatur des Ligamentum latum uteri der betreffenden Seite über und sind von kleinen Bindegewebsbälkchen durchzogen. Zwischen den bezeichneten Verlaufsrichtungen sind noch hier und da Bündel vorhanden, die in irregulärer Weise gelagert sind.

Die äusserste Schicht besteht in einer dünnen bindegewebigen Lage, welche in eine andere, ebenfalls sehr dünne aber derbe Lage übergeht, die an ihrer Oberfläche mit Endothel bekleidet ist (Peritoneum mit seiner Subserosa). —

Bei den übrigen untersuchten Thierspecies gestaltete sich das Verhältniss im Wesentlichen ganz ähnlich. Am Uerus des Kaninchens konnten Utriculardrüsen deutlich nachgewiesen werden, obwohl Bischoff ihr Vorkommen in Abrede stellt. Bei jungfräulichen Thieren sind es ovale, säckchenförmige, kleine Einstülpungen des Cylinderepithels und bei einem Kaninchen, das einige Tage zuvor geboren hatte, lange, geschlängelte und korkzieherartig gewundene, dicht gedrängte Schläuche mit weiten Mündungen. Bemerkenswerth ist ferner, dass bei einer Chiropterenart die äusserste Muskellage des Uterus aus quergestreiften Muskelfasern bestand.

Am Katzen- und Hundeuterus sind 2 deutlich unterscheidbare Arten von Drüsen vorhanden, nämlich sehr kurze, ovale, einfache Drüsensäckchen, die sogenannten Crypten nach Bischoff, und längere, zusammengesetzte tubulöse Drüsen. Die ersteren sind so dicht gelagert, dass kaum noch von einem interglandulären Gewebe gesprochen werden kann. Jede Crypte ist von einer mit Endothel belegten bindegewebigen Scheide umgeben. In der Mucosa ganz junger Kätzchen fehlen die langen zusammengesetzten Drüsen. —

Nach den in vorstehendem in Kürze mitgetheilten Untersuchungsresultaten gestaltet sich die Structur des Uterus in folgender Weise:

Die Uteruswand besteht aus drei übereinander liegenden Membranen, einer serösen, einer Muskel- und einer Schleimhaut. Jede dieser Membranen zerfällt wieder in Unterabtheilungen und folgen somit von innen nach aussen:

I. Membrana mucosa; diese zerfällt in

1) Stratum proprium sive glandulare, mit vier Unterschichten, 2) Stratum musculare s. Membrana muscularis mucosae, 3) Stratum submucosum, Membrana submucosa.

II. Membrana muscularis; diese zerfällt in

1) Stratum circulare, 2) Stratum longitudinale.

III. Membrana serosa mit

1) Stratum subserosum, 2) Stratum serosum.

Die in den Schleimhäuten vorkommenden glatten Muskelfasern sind im Uterus zahlreicher und stärker entwickelt und bilden hierdurch eine zusammenhängende Membran: Muscularis mucosae. Den sämmtlichen 3 Schichten der Schleimhaut liegt dasselbe bindegewebige Stratum zu Grunde, welchem in den tiefsten Schichten die Gefässstämme, in den mittleren die Muskelfasern und in den oberen die Drüsen eingelagert sind.

Die bei den Thieren als verirrte Züge auftretenden Muskelfasern erscheinen beim Menschen als Schichten. Die Muskelfasern der Submucosa haben sich so bedeutend entwickelt, dass nur noch geringe Reste des Bindegewebes als Gefässadventitia und intermusculäres Bindegewebe vorhanden sind. Die Uterusschichten des Menschen müssen demnach in derselben Weise gedeutet werden, wie dies die einfacheren Verhältnisse an den Uteri der Thiere und an den menschlichen Tuben lehren. —

Der Bau der Tuben dürfte ganz in derselben Weise aufzufassen sein, wie der des Uterus. Jede Schicht der Tuben geht in eine entsprechende Schicht des Uterus über. —

Bezüglich der Vagina giebt E. an, dass die von Virchow und Kölliker zuerst constatirten glatten Muskelfasern bündelförmig in die Mucosa eingestreut und somit nicht als besondere Muscularis externa zu deuten seien. — Es besteht demnach vollkommene Gleichheit in der Structur des ganzen weiblichen Genitaltractus.

Roeckl (Stuttgart).

---

4. **Guéniot.** Du prolapsus graisseux de l'abdomen chez la femme.

(Archives de tocol. 1878. October und November.)

Unter »Prolapsus graisseux de l'abdomen« versteht Verf. einen Zustand, in dem durch Erschlaffung der Haut und des Unterhautzellgewebes die ganze Hautpartie unterhalb des Nabels in einer oder mehreren Falten wie eine Schürze bis auf die Schenkel herabhängt. Diese Hautfalte wäre an drei Punkten: dem Nabel und an beiden Seiten in der Lumbalgegend fixirt. Die Symptome beständen besonders in Schmerzen in den Seiten und im Hypogastrium. Als Ursache sei starke Ausdehnung des Leibes nach Entbindungen und Alter anzusehen. Da einerseits die Schmerzen im Hypogastrium durch Zug am Nabel und — vermittels der Nabelvene — an der Leber und an dem Zwerchfell (? Ref.) entstünden, andrerseits die herabhängende Haut die darunter liegenden Muskeln stützen (? Ref.) müsste, um die Eingeweide zu tragen, so ist therapeutisch eine Binde empfohlen, die, mit Achselbändern versehen, die Last der herabhängenden Masse auf einen anderen Körpertheil überträgt.

Schütz (Leipzig).

---

5. **Budin** und **Ribemont** (Paris). Messungen am Kopfe von Neugeborenen.

(Mittheilung in der Soc. de biologie. Progr. méd. 1879. No. 29.)

Eine grosse Anzahl von Messungen am Kopfe bei Neugeborenen ergaben folgende Resultate: Bei mittlerem Gewicht des Kindes von 3250 g beträgt der grösste Kopfdurchmesser $13^1/_2$ cm, Diam. occip. ment. 13,0, D. occ. front. $11^3/_4$, D. pariet. $9^1/_2$, D. bitemp. $8^1/_4$, D. bimastoid. $7^3/_4$; grösster Kopfumfang $38^1/_2$, kleinster 32. Bei gleichem Gewicht sind die Kopfdurchmesser bei Knaben nicht beträchtlicher als bei Mädchen. Die Kopfdimensionen wachsen mit der Zunahme an Gewicht, ohne zu derselben in bestimmter Proportion zu stehen. **Engelhorn** (Winnenthal).

---

6. **Schink.** Ueber die Exstirpation des ganzen Uterus.

Inaug.-Diss. Berlin 1879.

Verf. berichtet über 6 Fälle von Uterusexstirpationen nach Freund, ausgeführt von A. Martin. Fünf Operirte starben (2 an Collaps, 2 an Peritonitis, 1 Section verweigert), eine Operation musste unvollendet gelassen werden. Abweichungen von der Freund'schen Methode waren mannigfache, einmal wurden die Wundstümpfe in der Bauchhöhle gelassen, einmal zur Eröffnung der Bauchhöhle ein grosser halbmondförmiger Schnitt von einer Spina ant. zur andern gemacht, um den Darm in der oberen Bauchhöhle zurückzuhalten, was sich indessen nicht bewährte. Ausserdem giebt Verf. eine Zusammenstellung der ihm bekannt gewordenen Operationen nach Freund. Von 41 Operirten starben 29, von den 12 Geretteten erlagen 2 an Recidiven. **Runge** (Berlin).

---

7. **O. Küstner** (Jena). Ueber die Verletzungen der Extremitäten des Kindes bei der Geburt.

(Sammlung klin. Vorträge No. 167.)

Das vom Verf. bereits vor einigen Jahren in seiner Habilitationsschrift behandelte Thema liegt uns hier in wesentlich veränderter Form vor. Während in der früheren Arbeit die für den Fachcollegen und Pathologen interessanten Versuche sehr ausführlich mitgetheilt werden, sind dieselben hier ganz weggelassen und enthält der Vortrag nur das für den Praktiker Werthvolle und Interessante.

Verf. betont vor allem Diaphysentrennung am Kopfende des Humerus. Wie fast an allen Gelenken, so sind auch an der Schulter die Epiphysentrennungen beim Neugebornen die den Luxationen der Erwachsenen adaequaten Verletzungen; dieselben Ursachen, die beim Erwachsenen eine Luxation bewirken, führen beim Neugebornen zur Trennung in der Epiphysenlinie. Und zwar bleibt es nicht bei einer blossen Lockerung oder Trennung in der Nahtfuge, son-

dern meist reisst das Periost an der Stelle, nach welcher der Diaphysenschaft ausweichen muss, und es tritt dann ein grösseres oder kleineres Stück des Diaphysenendes durch den Periostriss hindurch.

Je nachdem nun der Diaphysenstumpf nach vorn und unten oder nach hinten und oben ausgewichen ist, erhalten wir Symptome, die eine Luxatio axillaris bezw. retroglenoidea sehr treffend vortäuschen können, zumal bei der Diaphysendivulsion des Neugeborenen die Einwärtsrotationsstellung des Humerus nie fehlt, diese Stellung aber anderseits bei Luxatio retroglenoidea ein constantes Symptom ist. Diese Stellung des Humerus erfolgt bei den beiden verschiedenen Verletzungen aus ganz differenten Ursachen und zwar bei der Diaphysendivulsion durch Contraction der an der Diaphyse inserirenden Einwärtsrotatoren des Armes, des Teres major, Latiss. dorsi und Pectoralis maj.; sie ist nur typisch für den Neugeborenen, bei älteren Kindern ist sie wenig oder gar nicht ausgesprochen aus dem Grunde, weil bei letzteren die anatomischen Verhältnisse ganz andere geworden sind.

Besteht deshalb bei einem Kinde, dessen Armentwickelung bei der Geburt schwer war, nachher eine Lähmung des Armes und Einwärtsrotation desselben, so ist vor allen Dingen eine sorgfältige Untersuchung der Nahtfuge indicirt; kann man dabei weiche Crepitation fühlen, so ist die Diagnose »Diaphysendivulsion« gesichert.

Schwarz (Halle a/S.).

---

8. **Mayo Robson.** Eine häufige Ursache für Selbstinfection im Wochenbett.

(Med. times and gaz. vol. II. 1879. No. 1522. 30. August. p. 236.)

Sehr oft findet die Resorption putrider Stoffe aus den Lochien von Perinealrissen aus statt; dies erklärt auch die grössere Zahl von dem Puerperalfieber erliegenden Iparen, da Dammrisse in grösserer oder geringerer Ausdehnung bei Iparen so viel häufiger sind, als bei Pluriparen. R. lässt daher als Prophylaxe die Schamgegend jeder Wöchnerin skrupulös reinigen und Vaginaleinspritzungen mit Desinficientien machen, sowie die Rückenlage öfters mit Seitenlagen vertauschen. Dies Verfahren mache die umständlichere Ausspülung des Uterus als Prophylaxe unnöthig.

Lühe (Stralsund).

---

9. **Lawson Tait.** Uterindilatatoren.

(The obstetr. Journ. of Great Brit. and Irel. 1879. No. 78. September. p. 379.)

Diese Instrumente waren bei der Aerzte-Versammlung in Cork von den Fabrikanten, Messrs Mappin & Co. 121 New Street, Birmingham, ausgestellt. Sie bestehen aus einer Serie von 4 konischen Keilen (aus welchem Stoff ist leider nicht angegeben, Ref.), welche in den Uterincanal durch einen sanften permanenten Druck hineingepresst werden, ausgeübt durch ein einziges elastisches, an einem Hüftgürtel befestigtes Band. Nach Tait's Erfahrung wirken sie

schneller, sicherer und schmerzloser als irgend eine andere Vorrichtung und sie sind weniger kostspielig, da sie immer wieder angewandt werden können. Sie werden auf einen gemeinsamen Stift aufgeschraubt, der kleinste hat ein Halsband, um einem Hineinrutschen vorzubeugen. Nur selten werden noch kleine Einschnitte mit dem Hysterotom nöthig. **Lühe** (Stralsund).

---

10. **Hickinbotham.** Neues Spekulum, zum Touchiren und Sehen.

(Med. times and gaz. vol. II. 1879. August 23. No. 1521. p. 222.)

Kurzes von Messrs Salt & Co. (Birmingham) angefertigtes Spekulum, ähnlich Fergusson's mit trompetenähnlichem stark eingeschnittenem Aussenende, entsprechend dem Einschnitt am Innenende, wodurch das Erreichen des Os erleichtert wird.

Lühe (Stralsund).

---

11. **Galabin** (London). Die operative Behandlung des congenitalen Mangels der Vagina mit Retentio mensium.

(The obstetr. Journ. of Great Brit. and Irel. 1879. No. 78. p. 360. September.)

G. empfiehlt die Amussat'sche Operation des angebornen Defects der Vagina, welche er in einem Fall anwandte, jedoch hat er nachher, wie Emmet empfohlen, mit Antisepticis die entleerte Höhle ausgespült. Druck des eingeführten Sims'schen Dilatators veranlasste ein Druckgeschwür, das zu einer Communication zwischen der neuen Vagina und der Blase führte. Daher musste der Dilatator fortgelassen werden und es entstand, obgleich fast 2 Monate seit der Operation verflossen waren, doch noch eine bedeutende Verengerung des oberen Theils des neuen Canals, welcher aber der Menstruation freien Abfluss liess. Da sich die Pat. aber verheirathen wollte, stellte sie sich ein Jahr später wieder ein, die verengte Stelle wurde durch Einreissen wieder erweitert, diesmal ein Glasspekulum als Dilatator nach Emmet sogleich nach der Operation eingelegt, allein es entstand wieder Druckgeschwür und Communication mit der Blase, das Spekulum musste also wiederum entfernt werden und es entstand abermals Contraction des oberen noch nicht mit Schleimhaut ausgekleideten Theiles, die Fistel heilte sofort.

Da nun ebensowohl in seinem als auch in den 2 von Emmet operirten Fällen eine heftige, gefahrvolle, fieberhafte Reaction erfolgte, so ist G. geneigt die Schuld hierfür der Ausspülung zuzuschreiben und räth, diese fortzulassen und den Abfluss der angesammelten Secrete allmälig und ohne allen Druck erfolgen zu lassen (ganz in Uebereinstimmung mit deutschen Autoren und Amussat selbst, Ref.). In dieser Weise hat er denn auch 4 erworbene Atresien der Vagina operirt, ohne irgend eine febrile Reaction von Seiten der Operirten zu erleben. Ferner empfiehlt er sehr die Einführung des Glasspekulums sofort nach der Operation, da er in seinem Fall schon nach wenigen Stunden Schwierigkeiten für die Einführung fand (auch wegen der

Ermöglichung des Secretabflusses gewiss ein beherzigenswerther Vorschlag, Ref.). **Lühe** (Stralsund).

---

12. **Parrot** (Paris). Die subpleuralen Ecchymosen bei Lungenerkrankungen der Kinder.

(Revue mensuelle 1879. No. 9.)

P. kommt zu folgenden Schlüssen: Die subpleuralen Ecchymosen sind sehr häufig, wenn nicht regelmässig bei Kindern, welche an einer acuten Lungenaffection starben, besonders wenn diese Masern oder Diphtheritis complicirt. Bei Kindern unter 8 Monaten sind sie selten. Sie unterscheiden sich sehr wesentlich von denjenigen Ecchymosen, welche gerichtsärztlichen Werth besitzen, da sie ein Krankheitsproduct sind und nicht einer mechanischen Störung ihren Ursprung verdanken. Hierauf haben die Gerichtsärzte ihre volle Aufmerksamkeit zu lenken. **Runge** (Berlin).

---

13. **Stuart.** Die Krankheiten, welche die europäischen Einwohner Japans befallen.

Aus den med. Reports of the Imperial Martime Customs, China.
(Med. times and gaz. 1879. vol. II. No. 1523, p. 270 und No. 1525, p. 349.)

Während der Schwangerschaft fortbestehende Pseudo-Menstruation ist sehr häufig unter den Europäerinnen in Japan; ebenso Mangel an Liquor Amnii, wobei jedoch die Geburten ganz ohne Störung verlaufen. 33 % aller Mütter sind unfähig zu nähren. Puerperalfieber ist selten, nie epidemisch. **Lühe** (Stralsund).

---

14. **E. C. Gehrung** (St. Louis). Eine neue Behandlung der acuten Cystitis oder acuter Nachschübe chronischer Cystitis in dem Weibe.

(St. Louis Courier of med. 1879. Juli.)

Verf. betont die Unzuverlässigkeit örtlicher und allgemeiner Mittel in der Therapie der weiblichen Cystitis und glaubt, dass die Hauptindication die ist, der entzündeten Blase Ruhe zu verschaffen, eine Indication, welcher die Methode der Erzeugung einer künstlichen Blasenscheidenfistel zu verdanken ist. Abgesehen davon, dass diese Operation keineswegs immer ihren Zweck erreicht, so kann sich die Mehrzahl der an Cystitis leidenden Frauen nicht dazu entschliessen. Verf. glaubt nun durch seine Methode diese Indication der B l a s e n r u h e auf eine viel leichtere und vollständig unschädliche Weise erzielt zu haben und stützt seine Annahme auf 4 Fälle, in denen dieselbe erfolgreich war. Er unterstützt nämlich den Blasengrund durch Einführung trockener Wattetampons in die Scheide, und wendet erst sehr kleine, später grössere, und zahlreichere Tampons an, bis die Empfindlichkeit der Theile so vermindert ist, dass ein zweckmässiges Pessar vertragen wird. Diese Tampons werden alle 12—24 Stunden erneuert, je nach der Scheidensecretion (werden die Tampons

von den Scheidensecreten durchtränkt, so sind sie nicht mehr elastisch und verlieren ihren Zweck), und meistens kann schon nach einigen Tagen ein Pessar vertragen werden. Er nennt dieses Verfahren »Packen« der Vagina. Schon nach der ersten Tamponade waren der Blasendruck, der häufige Harndrang und die Harnsedimente bedeutend vermindert. Das vom Verf. erst 1873 angegebene und für diese Fälle gebrauchte Pessar hat die Form eines ⊂, besteht aus biegsamem Metall oder Hartgummi (in verschiedenen Grössen) und ist eigentlich ein Anteversionspessarium. Das obere freie Ende ruht gegen den Blasengrund an der vorderen Scheidenwand, das untere freie Ende auf dem Beckenboden. Man kann es sehr leicht verfertigen, indem man ein Hodgesches Hebelpessarium auf seiner Längsfläche so biegt, dass sein vorderer und hinterer Bogen bis auf 3—5 cm einander genähert wird. Der Uterus ruht dann in der Aushöhlung des Pessars. (Ref. hat in den letzten Jahren dieses Instrument häufig angewendet und hält es für eines der wirksamsten und zweckmässigsten Pessare bei Anteversion oder -flexion und Cystocele.)

P. F. Mundé (New-York).

---

15. **Frankenhäuser** (Zürich). Ueber den Gang der Eigenwärme bei Schwangern.

(Correspondenzbl. für schweizer. Aerzte 1879. No. 14. p. 432.)

Verf. constatirt durch zahlreiche Messungen per vaginam die Richtigkeit der Angabe Grubers, dass die Temperatur der Schwangern am Abend niedriger sei, als am Morgen. Misst man zugleich in der Achselhöhle, so findet man, dass die Temperatur am Abend höher ist, als am Morgen. Lässt man eine Schwangere, die mehrere Tage hinter einander Morgens und Abends gemessen wurde und die während dieser Zeit nur vorübergehend im Bette lag, 24 Stunden liegen, und misst man wieder zu derselben Zeit, so ist nun die Temperatur an der Vagina am Abend höher, als am Morgen. Steht sie wieder auf, so wird die Temperatur am Morgen wieder höher. Dieses Verhalten wurde in 17 Fällen constatirt. Der eigenthümliche Gang der Wärme ist so zu erklären, dass in den dilatirten Venen der unteren Extremitäten und des Beckens das langsamer fliessende Blut im Laufe des Tages stark abgekühlt wird, wenn die Schwangern herumgegangen, überhaupt aufgestanden sind; diese Abkühlung bleibt aus, wenn der Rückfluss, wie im Liegen, beschleunigt oder die Abkühlung vermieden wird.

Oeri (Basel).

---

16. Derselbe (Zürich). Die Resultate von Messungen des Beckenausganges.

(Correspondenzbl. für schweizer. Aerzte 1879. No. 14. p. 431.)

F. misst den Querdurchmesser des Beckenausganges bei allen Schwangern, indem er beide Daumen, die Nagelflächen parallel und

einander zugewendet, auf die prominenteste Stelle am innern Rande der Tubera ischii eindrückt und nun die Distanz der Nagelflächen von einander mit dem Osiander'schen Zirkel misst. In 9 Fällen konnte der Befund an der Lebenden bei der Section controlirt werden und es differirte die Messung bei der Section nur 2 Mal um 0,5 cm, 3 Mal fanden sich die gleichen Maasse, nur 4 Mal minimale Differenzen. Verengungen bis zu 8,5 cm sind ziemlich häufig, hin und wieder auch solche von 7,5 und zwar sogar bei im Uebrigen normalen Maassen.

Oeri (Basel).

---

17. **Dieulafoy** (Paris). Anwendung des Chloroforms bei Herzkrankheiten.

(Mittheilung in der Soc. med. des hopitaux. Progr. méd. 1879. No. 27.)

Herzkrankheiten contraindiciren nicht den Gebrauch von Anaestheticis; das Chloroform wirkt dabei beruhigend, muss aber mit grosser Umsicht angewandt werden. Vergely hat Chloroform bei verschiedenen Herzaffectionen angewandt, in welchen Dyspnoe und Palpitationen die hauptsächlichsten Symptome waren.

Engelhorn (Winnenthal).

---

18. **G. Oberlin** (Paris). Ueber das harte Oedem der grossen und kleinen Labien als syphilitisches Symptom.

Inaug.-Diss. Paris 1879. Referirt von Malherbe im Progr. méd. 1879. No. 28.)

Im Verlauf der primären und secundären Syphilis findet man häufig die grossen und manchmal auch die kleinen Labien hypertrophirt durch das Vorhandensein harten Oedems. Die Oberfläche der Schamlippen ist dabei blass, vielfach gefurcht; die Berührung giebt ein elastisches Gefühl, ohne Schmerzen zu verursachen. Die Affection besteht in einer Hypertrophie und Hyperplasie der Elemente der Haut und des Bindegewebes. Häufig ist dieselbe verbunden mit rundlichen, harten, warzigen Papeln. Das harte Oedem der Labien ist eine specifisch syphilitische Erkrankung und kommt bei 5 unter 100 Frauen vor, welche Ulcerationen an den äusseren Genitalien haben. Nur durch die allgemeine Behandlung der Syphilis ist diese Affection zu bekämpfen, während die Localbehandlung erfolglos ist.

Engelhorn (Winnenthal).

---

19. **Höfler** (Tölz). Krankenheil bei Frauenkrankheiten.

(Bayr. ärztl. Intelligenzbl. 1879. No. 21 u. 22.)

Als hauptsächlich in Krankenheil wirksame Faktoren erklärt Verf. 1) die Verbindung von Kochsalz, Jodnatrium und kohlensaurem Natron in der Trinkquelle, deren Wirkung durch Zusatz von Quellsalzlösung verstärkt wird; 2) die Wirkung der Bäder erhöht durch Zusatz von Jodsalzseife und Jodsalz. Neben der Temperatur sucht er die Wirkung der Bäder im Salzgehalt durch den ausgeübten Hautreiz; 3) Quellsalz, Moor etc. zu Umschlägen; 4. die klimatischen Verhältnisse.

Einige Krankengeschichten illustriren die Heilerfolge Krankenheils.

Zur Kur in Krankenheil passen die erregbaren, empfindlichen Constitutionen, da die Wirkung der Bäder nicht so stürmisch ist, wie bei den Soolbädern. Verf. sah nie Aborte bei Gebrauch der Bäder, während Schwangerschaft in Kreuznach als Contraindication giebt. Die Trink- und Badekur wird bei chronischer Metritis unterstützt durch Umschläge mit Krankenheiler Salzlösung. Es scheint, dass Zusatz des Quellsalzes durch seinen Gehalt an Alkali die Hautschmiere beseitigt und dadurch die Haut der Imbibition zugängiger macht. Die Diurese ist meist bedeutend.

Ferner wird der günstige Einfluss auf Fibroide, Eierstocksanschwellungen, Peri- und Parametritis, Hämatocele, Sterilität etc. hervorgehoben. **Fehling** (Stuttgart).

---

20. **Reben.** Zur Therapie der Uterusruptur.

Inaug.-Diss. Berlin 1879.

Interesse in dieser Arbeit bieten 3 Fälle von Uterusruptur, bei denen Schröder die Laparotomie machte.

1. Uterusruptur bei engem Becken nach 3,6 g Secale und Zangenversuchen. Laparotomie, Extraction des Kindes und der Placenta aus der Bauchhöhle. Uterus von der hinteren Scheidenwand vollständig abgerissen, hintere Lippe vom Uterus abgetrennt. Sutur des Risses, hintere Lippe wird vollständig abgeschnitten. Tod am folgenden Tage.

2. Wendung und Extraction wegen Nabelschnurvorfall. Uterusirrigationen im Wochenbett. Am 4. Tag plötzlich Peritonitis. Laparotomie. Jauchiger Inhalt der Bauchhöhle. Rechts am Uterus ein markgrosses Loch. Drainage des Uterus und des Douglas. Massenhafte Adhäsionen. Tod am folgenden Tage. — Uterus subseptus.

3. Uterusruptur durch Fall im 5. Monat. Laparotomie, Entfernung der vollständig verjauchten Frucht aus der Bauchhöhle. Rechts oben am Uterus 5—6 cm lange Rissstelle mit zersetzter Umgebung. Resection dieser Partie und Sutur. Tod nach 4 Stunden. **Runge** (Berlin).

Casuistik.

21. Aus der geburtshülflichen Gesellschaft zu Leipzig, Sitzung vom 11. Mai 1879. (Deutsche med. Wochenschrift 1879. No. 36.)

Sänger. Ueber eine Geburt bei hochgradiger Narbenstenose der Scheide mit Scheidenmastdarmfistel. Die 29jährige Pat. befand sich in der 32. Woche ihrer V. Schwangerschaft. Allgemein verengtes Becken, Conj. vera 7 1/2—8 cm, letzte Entbindung vor 7 Jahren, zweimaliger Zangenversuch, Perforation und Kephalothrypsie, im Wochenbett Kolpitis gangraenosa, Parametritis. Die Scheidenwände sind durch ein Gewirr von nach oben strebenden derben Narbensträngen zusammengezogen und verzerrt, so dass die Passage nur für einen Finger durchgängig ist. Mastdarmfistel. Einleitung der künstlichen Frühgeburt, Douchen während 3 Tagen, Bougie, darauf bald kräftige Wehen, nach 10 Stunden Erweiterung des Muttermundes. Stumpfe Durchtrennung mehrerer Narbenstränge, Perforation, Kephalothrypsie, Kranioklasie. Im Wochenbett Kolpitis, Endometritis, Pneumonie. Am 21. Tage gesund entlassen.

Verf. stellt nun die Frage auf, ob man in diesem Falle nicht zur eventuellen

Erhaltung des kindlichen Lebens den Kaiserschnitt (Porro) habe machen sollen, beantwortet dieselbe aber dahin, dass bei den bisherigen ungünstigen Resultaten entschieden die künstliche Frühgeburt, eventuell der künstliche Abort im Interesse der Mutter vorzuziehen und der Kaiserschnitt auf die extremsten Fälle zu beschränken sei.

Leopold betont, wie in solchen Fällen die jedenfalls vorhandene sehr starke parametritische Narbenbildung die Operation erschweren werde, Ahlfeld, dass die Indication zum Kaiserschnitt von vorn herein sehr schwer zu stellen sei, da man nie wissen könne, wie weit die Erweichung und Erweiterung herbeigeführt werden könne, er hält es für zweckmässig, schon früher eine künstliche Dehnung anzustreben. Hennig spricht sich für Kaiserschnitt aus, da die Erwartungen auf eine genügende Dehnung meist getäuscht wurden.

Schellenberg (Leipzig).

22. Aus der Académie de médecine de Paris, Vorträge und Discussion über Septichämie, Puerperalfieber etc.

(Sitzungen vom Februar und März 1879. Annales de la Société de médecine d'Anvers 1879. März und April. p. 170 flg.)

Davaine hält zur Entwickelung der Septichämie die Lufttemperatur für gleichgültig, die eingeführte Menge von Bacterien ist das einzig Entscheidende. Die Heilung leitet sich ein durch Ausscheidung derselben durch die excretorischen Organe und hierdurch entstehen Miasmen und Contagien. — Hervieux kann nicht glauben, dass der Keim des Puerperalfiebers ein Vibrio sei, oder derselbe müsse wenigstens von den bekannten ganz und gar abweichen, denn ungleich diesem sei jener an die Localität gebunden und dringe auch ohne Störung der Continuität in der Epithelialbedeckung des Körpers ein. Pasteur hingegen glaubt die Puerperalfieberbacterie in einem Microorganismus gefunden zu haben, den er bei verschiedenen Krankheiten von Menschen und Thieren, auch in einem Puerperalabscess gefunden hat. Guérin hält die Zusammenziehung des Uterus nach der Geburt für den besten Schutz gegen die Einwanderung des das Puerperalfieber veranlassenden Microorganismus, daher ist Ergotin nach der Ausstossung der Placenta prophylactisch zu geben, ferner ist Secretstagnation zu vermeiden und antiseptische Injectionen zu machen, Sätze, gegen welche Depaul eine Art feierlichen Protestes erhebt. Er behauptet, dass nie Flüssigkeiten aus dem Uterus durch die Tuben in die Peritonealhöhle gelangen, so wie dass durch das Secale nur eine Contraction des Os internum, nicht des ganzen Uterus herbeigeführt würde, also erst recht Retention der Secrete entstehen müsse. (Im Ganzen ist diese 6 Sitzungen occupirende Discussion ohne wesentliche Ergebnisse. Ref.)

Lühe (Stralsund).

23. **W. H. Studley** (New-York). Ueber Beckenbrüche während Entbindung mit Instrumenten, nebst einem lehrreichen Fall.

(Amer. Journ. of Obst. 1879. April.)

Der allgemeine Theil des Aufsatzes bringt nichts Neues. Folgendes ist die Geschichte eines Falles von Beckenfractur unter der Geburt: I p., 30 J. alt, litt vom 8. Jahre an mehrere Jahre hindurch an rechtsseitiger Coxitis, die von Abscessen begleitet war und schliesslich, nach mehrjährigem Bestehen, zur Heilung kam mit beträchtlicher Verkürzung. Am 4. Juni, 10 Uhr Vormittags, am rechtzeitigen Schwangerschaftsende, fand St. die Kranke im Beginne des Gebäractes. In Chloroformnarkose wurden die dem coxalgischen Becken eigenen Veränderungen (Maassangaben fehlen im Original) erkannt, und wurde vorläufig, bei vorliegendem Kopfe, beschlossen, zuzuwarten. Um 5 Uhr Nachmittags war der Muttermund 2—2 $1/2''$ weit; Wehen gut. Die Blase wurde gesprengt und die Zange leicht angelegt (!). Zwei Aerzte arbeiteten sich bis zur Erschöpfung mit dem Instrumente ab, ohne viel auszurichten, bis auf einmal, während kräftiger Tractionen, ein knackendes Geräusch hörbar wurde und zugleich der Kopf etwas tiefer rückte. Von da ab ging die Entwickelung des Kindes mit der Zange rasch von statten;

es wog 10 Pfd. und war unter der Geburt abgestorben (Kopfmaasse fehlen). Untersuchung per vaginam ergab: Schrägbruch des Ram. descend. pub. nahe seiner Vereinigung mit dem Os ischii, in der Richtung nach aussen und oben gegen Foram. obt. Der Schambeinkörper war etwa 1″ von Acet. entfernt ebenfalls gebrochen, doch gelang die nähere Bestimmung der Bruchlinie nicht. Druckempfindlichkeit in der Nähe der Synch. sacro-iliaca legte eine Lockerung dieser Gelenkfläche oder einen Bruch in der Nachbarschaft nahe. — Am 5. und 6. Tag post partum Fröste, Diarrhoe, von da an besserte sich das Allgemeinbefinden. Vom Ram. desc. ossis pub. lösten sich verschiedene Splitterchen ab und erst nach sieben Monaten versiegte die letzte Knochenfistel. Die Fractur des Schambeinkörpers verlief ohne Störung, der Callus kaum zu erkennen. Pat. erholte sich schliesslich vollkommen. Nebenbei dient dieser Fall zur Bestätigung des Lehrsatzes, dass die Vorhersage bei Beckenbrüchen überhaupt nur dann bedenklich ist, wenn Eingeweide mit verletzt sind.

Banga (Chicago).

24. **Philippaux** (Paris). Uebergang des Kupfers von der Mutter auf den Fötus. (Mittheilung in der Société de biologie. Progr. méd. 1879. No. 29.)

Ph. fütterte ein Kaninchen während der Schwangerschaft regelmässig mit Kupfer. An den 10 Jungen, welche je 500 g wogen, waren zusammen nur 5 mg Kupfer nachzuweisen. (Weder die Form, in welcher das Kupfer dargereicht wurde, noch die Menge, welche zur Fütterung verwendet wurde, ist angegeben.)

Engelhorn (Winnenthal).

25. **Tarnier** (Paris). Beiträge zur Geschichte der Amputation des Uterus und der Ovarien. — (Annales de Gynécologie 1879. August.)

1) Fibröser Tumor als absolutes Geburtshinderniss. Kaiserschnitt nach Porro. Tod.

33jährige Primipara. Seit dem 12. Jahre regelmässig menstruirt, zuletzt vom 17.—21. April 1878. Am 18. Januar erste Untersuchung: der Fundus uteri bis zum Epigastrium reichend, lebendes Kind in Schädellage; das ganze kleine Becken durch einen wenig beweglichen fibrösen Tumor ausgefüllt; Portio hochstehend, kaum zu erreichen. Ein zweiter kleiner Tumor ist an der linken Seite des Uterus zu fühlen. Am 17. Februar 1879, dem Ende der Schwangerschaft, erfolgte plötzlich der Blasensprung, es ging missfarbiges Fruchtwasser ab, in den nächsten Tagen wurde der Ausfluss fötid, es traten Fröste und Tympanitis uteri auf. Am 24. Operation unter antiseptischen Cautelen. Nach Entleerung des Uterus gelingt es nicht, das durch starke Adhäsionen fixirte Fibrom aus dem Becken heraus zu holen; es wurde daher beschlossen, nur seinen Inhalt zu entleeren und die Kapsel liegen zu lassen. Der Inhalt zeigte sich erweicht mit zahlreichen von jauchiger Masse ausgefüllten Höhlungen durchsetzt. Der den Uterushals und die Fibromkapsel enthaltende Stiel wurde nach aussen geführt. Lister'scher Verband. Tod nach 3 Tagen an Sepsis. In seiner Epikrise giebt Verf. zunächst zu, dass viel zu spät operirt wurde, bereits nach Infection des Organismus; dann will er für solche Fälle lieber oberhalb des Tumors abtragen, wenn er sich nicht in toto entfernen lässt.

2) Kaiserschnitt nach Porro. Heilung.

36jährige Primipara. Rachitis in hohem Grade, wird am 20. März am Beginne der Geburt in die Maternité aufgenommen. Schwache Wehen; keine Herztöne, Schädellage, Conjug. diag. 6 cm. Kaiserschnitt nach Porro unter antiseptischen Cautelen. Frischtodtes Kind. Stiel nach aussen. Heilung unter ganz geringen Fiebererscheinungen. Die Kranke verliess am 1. Mai das Bett.

Schellenberg (Leipzig).

26. **Jacob** (Cudowa). Zur Therapie und Pathologie der Entzündungen der weiblichen Sexualorgane.
(Berliner klin. Wochenschrift 1879. No. 34.)

Verf. will einige Beiträge zu der schon früher von ihm veröffentlichten günstigen therapeutischen Wirkung der Eisen- und Moorbäder geben.

1) 35jährige Frau, angeblich nach Erkältung blieben die Menses 4 Mal aus, um dann mit einer 14tägigen Metrorrhagie wiederzukehren, wobei ein faustgrosses Stück Fleisch abging; seitdem 3wöchentlich wiederkehrende starke Menorrhagien, übelriechender Fluor; später gesellte sich dazu Haemoptoe, die mit den Menses sich zu Menorrhagie steigerte. Allgemeinerscheinung: Fieber und Anämie.

Status präsens: Uterus sehr gross, tiefstehend, Höhle 10 cm lang, sehr weit, schmerzhaft. Cervix gross, aus dem Os reichlich Eiter ausquellend. Anämie. Diagnose: Retention von Placentar- resp. Eihautresten, Metritis septica, Ordination: Mineral- und Moorbäder 28—30° R. Es gingen unter wehenartigen Schmerzen einige fleischähnliche Fetzen ab, der Ausfluss liess nach, die Menstruation wurde normal und die Hämoptoe hörte auf. Die durch die Bäder bewirkte Austreibung der Eihautreste schreibt Verf. hauptsächlich dem durch die Wärme gesetzten Hautreiz zu, der ja im Stande ist, Uteruscontractionen auszulösen (Röhrig) und zwar bewirkt die Wärme peristaltische, während die Kälte tetanische Zusammenziehung hervorruft.

2) 32jährige Frau, Multipara, vor 6 Wochen letzte Geburt, darauf 4wöchentliche sehr heftige Metrorrhagie, Fluor, Blasenkatarrh, dann sich bis zur Lebensgefährlichkeit steigernde Menorrhagie, hochgradige Allgemeinerscheinungen, sehr grosser empfindlicher Uterus, granulirendes Geschwür am Os mit reichlicher Eiterabsonderung (Metritis), motorische Parese der unteren Extremitäten mit intacter Sensibilität. (Als Reflexparese von den Beckenorganen aus aufzufassen). Nach 10 Wochen vollständige Heilung.

3) 28jährige Frau, vor 8 Jahren stellten sich die ersten Unterleibsbeschwerden mit Fluor ein; sie gebar in den nächsten 3 Jahren 2 Kinder, im siebenten Monat vor der Geburt abgestorben. Von da an Schmerzen, Fluor, Menorrhagien. Uterus gross empfindlich, Gewebe hart, Cervix gross, cylindrisch. Os von den allseitig interstitiell geschwellten Wänden comprimirt. Lig. lat. dext. geschwellt, in der rechten Ovarialgegend ein eigrosser empfindlicher Tumor. (Metritis chronica, Parametritis, Oophoritis.) Vollständige Heilung durch Moorbäder; im nächsten Jahre trat Schwangerschaft ein, der die Geburt eines reifen Kindes folgte. Für die bisher als unheilbar geltenden Fälle von Metritis chronica empfiehlt Verf. aufs dringendste die Anwendung der Moorbäder.

4) 32jährige Frau, vor 6 Monaten Abort; seitdem heftige Beckenschmerzen namentlich beim Coitus und der Periode. Im Lig. latum sinistr. ein parametritischer Tumor, der nach Gebrauch der Moorbäder sehr schnell resorbirt wurde.

5) Eine Frau, bei der früher eine Cyste des Lig. latum constatirt war, litt wiederholt an lebensgefährlichen, mit furchtbaren Schmerzen und hochgradigem Fieber begleiteten peritonitischen Anfällen (Axendrehung des Stieles). Uterus nach links gedrängt, Cervix tief am Os sacrun fixirt, Fundus über dem Schambein stehend, die rechtsseitige Hälfte des Beckens mit einem Tumor ausgefüllt, welcher das Laquear herabdrängt, oben erheblich in das grosse Becken hineinragt, von harter Consistenz und höckriger Oberfläche. Nach 2monatlicher Cur Schwinden des Exsudats, sodass der Uterus beweglich wird und sich nur noch ein etwa faustgrosser Tumor im Lig. latum fühlen lässt. Subjectives Befinden gut.

Verf. ist der Ansicht, dass es keine Form chronischer Entzündung der Beckenorgane der Weiber giebt, welche nicht durch eine jedem Falle angepasste Moorkur richtig beeinflusst respective geheilt werden könne.

Schellenberg (Leipzig).

27. O. Stocker (Luzern). Ein Fall von Menstruatio praecox.

(Correspondenzblatt für schweizer. Aerzte 1879. No. 11.)

Die Patientin, J. St., ein Zwillingskind, stammt von einer seit dem 18. Jahre in jeder Beziehung regelmässig menstruirten, seit 15 Jahren verheiratheten, gesunden Mutter, die in ihrer Ehe 11 Kinder, worunter 1 Mal Drillinge und 1 Mal Zwillinge, geboren hat. Sie wurde im März 1871 geboren und war zur Zeit der ärztlichen Untersuchung 7¾ Jahre alt. Bei der Geburt fiel ihre unverhältniss-

mässige Grösse im Vergleich zu der Zwillingsschwester auf, mit $^1/_2$ Jahr fingen die Brüste an zu wachsen. Die ersten Zähne bekam Pat. zugleich mit der Schwester im 7.—8. Monat und mit $1^1/_4$ Jahren begann sie zu gehen und zu sprechen. Mit 1 Jahr bemerkte die Mutter im Bette der Pat. eine geringe Blutspur; von da an keine Blutung mehr bis Anfang Mai 1874, wo 3 Tage lang Blut abging, das laut dem Urtheile der Hebamme aussah wie Monatsfluss. Von nun an stellte sich die Blutung regelmässig alle 4 Wochen ein mit Ausnahme eines einzigen Males im 5. Jahre. Sie dauerte regelmässig 3 Tage und war am 2. Tage am stärksten. Seit einem Jahre sind die Menses viel stärker und zwar so, dass die Mutter angiebt, die Periode nie so stark gehabt zu haben, wie ihre achtjährige Tochter. Seit dieser Zeit klagt Pat. 2—3 Tage vor Beginn der Menses über mässigen Schmerz im Bauche und Kreuz.

Jetzt hat Pat. das Aussehen eines 12jährigen Mädchens, sie ist corpulent und grösser als ihre 13jährige Schwester. Die Brüste sind gut entwickelt, die Warzen prominent, von einem hellrothen, fast 3 cm Durchmesser haltenden Hofe umgeben; die äusseren Genitalien sind den Brüsten analog vorgeschritten, mit Haaren ziemlich dicht bewachsen. Der Zahnwechsel vollzieht sich regelmässig. An Intelligenz übertrifft sie wohl ihre Schwester, nicht aber ihre sonstigen Altersgenossinnen; mit Kinderspielen beschäftigt sie sich nicht, wohl aber gern mit Lesen. Bei der Untersuchung des Körpers ist sie auffallend schüchtern und befangen. Ueber allfällig schon erwachten Geschlechtstrieb kann die Mutter keine Angabe machen.

Eine Reihe von Körpermaassen zeigt die grosse Differenz der Körperentwicklung bei beiden Zwillingsschwestern.

Verf. fügt bei, dass die Outrepont'sche Annahme für einen ähnlichen Fall auch hier passe, dass nämlich die grosse Productivität der Mutter mit der aussergewöhnlichen Entwicklung des Kindes in causalem Zusammenhange stehe.

Oeri (Basel).

28. **D. B. Simmons** (Yokohama). Seltene Widerstandsfähigkeit gegen Opiate und Lebenszähigkeit eines Neugeborenen.

(Amer. Journ. of Obst. 1879. Januar.)

Bei einem Neugeborenen mit Anus imperfor. verweigerten die Eltern die Operation. Um die Fäcesbildung möglichst zu vermeiden, wurde bloss Zuckerwasser verabreicht. Am 5. Tage begann das Kind anhaltend zu schreien, augenscheinlich mehr aus Schmerz, als aus Hunger. S. verordnete mehrere Tropfen Tinct. opii comp. Nach 6tägigem Gebrauche musste dieses Mittel schon theelöffelweise, alle 4 Stunden, verabreicht werden, um kurze Ruhe und Schlaf zu erzeugen. Nun gab S. 5 Tropfen Tinct. opii simpl., steigerte nach Bedürfniss die Dosis, bis nach 8 Tagen $^1/_2$ Theelöffel voll, öfters in 24 Stunden wiederholt, den Dienst versagte, worauf S. 0,005 Morph., ebenfalls nach Bedürfniss zu wiederholen, verordnete. 6 Tage später bedurfte es 0,12 Morph. die Nacht durch, um 6stündigen Schlaf hervorzubringen. Die 3 folgenden Nächte dieselbe Dosis verabfolgt, und als dann die Zeichen der Erschöpfung deutlicher hervortraten, wie es schien, wegen Mangel des in der früher gegebenen Tinctur enthaltenen Alkohols, so wurde für den Rest des Lebens, d. h. 7 Tage, Tinct. opii und Morph. abgewechselt. Das Kind hatte somit 32 Tage gelebt und in der ganzen Zeit ausser Zuckerwasser keine Nahrung bekommen.

Banga (Chicago).

29. **D. F. Woods** (Philadelphia). Fall von Uterus duplex mit Vagina duplex, doppelter Cervix, rechter Uterus und rechte Scheide imperforirt; Tod an Pyometra und Peritonitis pelvica.

(Philad. med. times 1879. Juli 5.)

Pat. 19 Jahre alt, gut entwickelt; gesund bis zur Menstruation im 13. Jahre, welche von Anfang an gering, schmerzhaft, und oft aus Nase und Rachen vicarirte. Verf. wurde erst wegen Schüttelfrösten, gefolgt von febriler Reaction und Schweiss, gerufen. Pat. hatte allen Anschein von septischer Infection, Symptome,

welche seit Monaten gedauert hatten, darunter Furunculosis und Purpura. Unterleib schmerzhaft. Vaginaluntersuchung erwies einen Abscess in der hinteren Scheidenwand, dessen Eröffnung grosse Erleichterung verschaffte. Erst nach wiederholter Untersuchung und nach Dilatation einer kleinen Oeffnung im Scheidengewölbe mit Laminaria und Pressschwamm konnte der Cervix uteri entdeckt werden, dessen Orificium durch fibröse, wahrscheinlich entzündliche Bänder verdeckt und fest geschlossen war. Daher der geringe Menstrualfluss, die Dysmenorrhoe und die Septichämie. Mit Assistenz der Proff. Penrose und Wallace wurde ein V förmiges Stück dieser Adhäsionen entfernt und so dem Blut ein freier Ausfluss gebahnt. Eine Woche später gelang es Prof. Wallace, seinen Zeigefinger bis in das Scheidengewölbe zu zwängen und entdeckte dort nach rechts eine Oeffnung, welche in einen bis an den Scheideneingang reichenden Canal führte, der offenbar eine zweite imperforirte Vagina war. Ein zweiter Cervix oder Muttermund war nicht zu finden. Eine starke Ligatur wurde durch die obere Oeffnung hinein und am unteren Ende der Scheidenwand herausgeführt, geschnürt, und nach deren Durchschneiden einige Tage später lag die ganze Vagina offen. Es zeigte sich dann, dass alles Menstrualblut in die geschlossene Vagina geflossen war, dort sich zersetzt und die septischen Erscheinungen verursacht hatte. Später wurde eine Sonde bis an den Fundus uteri geführt. Unter roborirender Behandlung erholte sich Pat. rasch und schien bis auf die Dysmenorrhoe vollkommen gesund. Nach 6 Monaten jedoch kehrten die alten Symptome wieder, wichen jedoch jedesmal nach Discission und Dilatation des stenosirten Genitalcanales. Allmälig erlag Pat. jedoch der wiederkehrenden Pelviperitonitis und Septichämie. Die Section erwies einen (nicht geahnten) kleineren rechtsseitigen Uterus, mit imperforirtem Cervix, aber durch einen feinen Canal mit dem linksseitigen Uterus cavum nahe am Fundus communicirend. Jede Uterushälfte besass nur eine Tuba und ein Ovarium. Rechtsseitige Salpingitis und Oophoritis, Peritonitis pelvica, mit vielen Adhäsionen zwischen Uteri und Rectum. Communicirend mit dem unteren Ende des rechten Uterus war eine 6 cm im Durchmesser grosse Abscesshöhle.

P. F. Mundé (New-York).

30. **C. W. Robertson** (Somerville, Tennessee). Doppelter Uterus mit Drillingen. — (Louisville med. New 1879. Juni 21.)

Pat. 23 Jahre, Negerin, fünfte Entbindung: 1 Mal ein Kind im 16. Jahre, dann Zwillinge, dann Drillinge, dann wieder Zwillinge. In der 5. Entbindung wurde das 1. Kind ohne Beisein eines Arztes geboren; als Verf. nach 36 Stunden Pat. sah, fand er ein zweites Kind in Querlage fest in den Beckeneingang gedrängt, todt, und Pat. nach einer Entbindung von 41 Stunden ziemlich erschöpft. Wendung schien unausführbar; es wurde daher die Evisceration ausgeführt und das zweite Kind auf diese Weise entfernt. Verf. führte nun die Hand ein und fand 2 Scheiden und 2 Gebärmütter, von denen die rechte einen Riss am Fundus hatte, durch welchen seine Hand plötzlich gegen den unteren Leberrand stiess. In der linken Uterushöhle befand sich ein drittes Kind. Das erste Kind allein war im rechten Uterus gewesen, und entfernte Verf. dessen Placenta nach Zerstücklung des zweiten Kindes. Verf. war sehr erstaunt, den Riss zu finden, da Pat. keine Symptome einer so ernsten Läsion gezeigt hatte. Die Ursache des Risses ist wohl darin zu suchen, dass vor Verf.'s Ankunft ein erst hinzugerufener Arzt, als er die Querlage entdeckte, reichlich Secale gegeben hatte (sic: Ref.). Verf. giebt nun an, schwach und erschöpft gewesen zu sein, und daher das dritte Kind im Uterus gelassen zu haben und nach Hause gegangen zu sein, um sich zu erholen. Inzwischen starb die Pat. und die erst genehmigte Section wurde durch die heimliche Entfernung der Leiche seitens der Verwandten vereitelt. (Obschon nach Verf.'s Beschreibung kein Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose obzuwalten scheint, so liefert dieser Fall andererseits ein Beispiel der rohen und unwissenden Ausübung der Geburtshülfe, wie sie so häufig hier auf dem Lande, besonders in den westlichen und südlichen Gegenden, in den Händen oberflächlich und kaum theoretisch gebildeter Aerzte vorkommt. Ref.) **P. F. Mundé** (New-York).

31. Hermann. Fälle zur Behandlung der Uterusfibroide mit Ergotin. (Med. tim. and gaz. vol. I., No. 1512, 21. Juni 1879. p. 670, und vol. II., No. 1515, 12. Juli 1879. p. 29. No. 1521, 23. August. p. 203.)

Verf. bringt fernere 10 Fälle von Uterusfibroiden bei, welche er mit Ergotin, meist per os verabfolgt, behandelt hat, die letzten 3 unter gleichzeitiger Innehaltung der Bettlage. In allen Fällen wurden die Schmerzen wesentlich erleichtert, die Blutungen vermindert oder ganz zum Aufhören gebracht, und die Menstruation regulirt, obgleich sie in mehreren Fällen noch schmerzhaft und profus blieb. Eine Verminderung des Umfangs der Tumoren wurde nicht gefunden, nur einmal schien sich die grosse das Becken ausfüllende Masse etwas vermindert zu haben.

Die Ergotinbehandlung der Uterusfibroide führt fast stets Besserung und Verminderung der Blutung, häufig eine Verkleinerung, selten gänzliche Resorption des Tumors selbst herbei. Grund hierfür sind die durch das Mittel bewirkte Contractionen der Uterusmuskeln und der mittleren Arterien, welche den Blutzufluss herabsetzen. Daher ist es rationell, in allen Fällen vor operativem Einschreiten erst Ergotin zu versuchen, es sei denn, dass eine Indicatio vitalis vorläge. Auch bei polypösen Excrescenzen, welche im Os erscheinen, leite man Ergotinbehandlung ein, um durch die erregten Uteruscontractionen den Tumor weiter hervortreten, Instrumenten zugänglich und so die künstliche Erweiterung des Cervicalcanals überflüssig zu machen.

Die innerliche Application genügt meist, obgleich die subcutane (in der Nachbarschaft) besser ist; unangenehme Nebenwirkung ist selten. Vor dem gewöhnlichen Präparat (unserem Secale cornutum) haben die verschiedenen Extracte kaum Vortheile (?). **Lühe** (Stralsund).

32. Bailly. Anomale Eklampsie. (Archives de tocologie 1878.)

Der beobachtete Fall von Eklampsie ist, abgesehen davon, dass er schon früh eintrat, dadurch besonders bemerkenswerth, dass k e i n e Convulsionen auftraten, während alle übrigen Symptome sehr deutlich waren.

Er betraf eine Ipara, von kräftigem Körperbau, die bei allmälig sich entwickelnden Oedemen der Unterextremitäten und Albuminurie ziemlich plötzlich von Kopfschmerzen, Benommenheit und Athembeschwerden befallen wurde. Auf einen Aderlass von 500 g trat eine deutliche Besserung aller Erscheinungen ein, allein nach etwa 2 Tagen kamen sie mit erneuter Heftigkeit wieder; die Bewusstlosigkeit wurde constant, die Athemnoth steigerte sich bis zu periodisch wiederkehrenden Erstickungsanfällen. Die Geburt liess sich nach etwa 12 Stunden mittels Forceps beendigen, die Mutter starb 18 Stunden p. p. unter den Erscheinungen des Lungenödems. Ein zweiter Aderlass konnte nicht gemacht werden, weil es nicht gelang, eine Vene zu finden.

Verf. ist der Meinung, dass hier die Wehenthätigkeit in Folge der Respirationsstörungen begann, weil das stark venöse Blut direct oder indirect durch Nervencentren auf die Uterusmuskulatur reizend wirkt, dass ferner der Aderlass auch trotz des tödtlichen Verlaufs eine nicht zu verkennende günstige Wirkung hatte; in der Frage dagegen, ob bei an Albuminurie, Oedemen u. s. w. leidenden Schwangeren die Frühgeburt prophylaktisch verwerthbar sei, entscheidet er sich so, dass man nur in dem Falle, dass die Albuminurie lange vor dem Ende der Schwangerschaft auftritt und trotz aller Mittel stetig wächst, berechtigt ist, dieselbe in Anwendung zu bringen. **Schütz** (Leipzig).

33. Guéniot. Verschluss der Scheide durch den Hymen bei einer Gebärenden. (Arch. de tocologie 1878. Dec.)

Eine Ipara, die erst nach 6jähriger Ehe concipirt hatte, befand sich seit mehreren Stunden in der Geburt, ohne dass man zu dem vorliegenden Kindestheile gelangen konnte. Mit Mühe liess sich in dem stark hypertrophischen Hymen eine Oeffnung finden, aus der das Fruchtwasser während der Wehe hervorquoll; auf einer Hohlsonde wurde die Membran senkrecht gespalten. Die Geburt erfolgte langsam, aber spontan.

Einen anatomisch ganz gleichen Fall beobachtete Ref., nur musste in diesem nach Verlauf von mehreren Stunden die Geburt durch den Forceps beendigt werden, weil die in der Gegend des hypertrophischen Hymens besonders unnachgiebige Scheide dem Kopf ein unüberwindbares Hinderniss entgegenstellte.

Verf. hält die Durchschneidung mit Recht für ungefährlich und meint deswegen, dass durchaus kein Grund vorliege, den Hymen in ähnlichen Fällen, wenn man ihn zeitig findet, schon in der Schwangerschaft zu durchtrennen. —

Schütz (Leipzig).

34. **Günther.** Fall von Achsendrehung eines Ovarialtumors mit Ileus.
Inaug.-Diss. 1879. Berlin.

Frau von 31 Jahren erkrankt unter den Symptomen des Ileus, als dessen Ursache ein Ovarialtumor erkannt wird, der in der Höhe des Promontorium das Rectum comprimirt. Ovariotomie. Nach Punction des Tumor gelingt es nicht, denselben aus der Bauchhöhle hervorzuziehen, trotzdem keine Adhäsionen vorhanden sind. Als Ursache findet sich eine Achsendrehung der Geschwulst, nach deren Lösung die Hervorziehung gelingt. Versenkung des Stieles. Heilung.

Runge (Berlin).

35. **Hirschfeld.** Ueber einen Fall von Spaltbecken beim Neugeborenen.
Inaug.-Diss. 1879. Berlin.

42 cm langes, männliches Kind. Spaltbildung der Bauchwandung und Genitalien. Schambeinäste klaffen 4,2 cm, Darmbeinschaufeln platt und abgeflacht. Dist. d. spin. ant. sup. 8. Dist. d. cris. 7,3. Dist. d. spin. post. 1,7. Dick- und Mastdarm fehlen. Dünndärme untereinander verklebt. Die vorliegende hintere Blasenwand ist ebenfalls gespalten, zwischen ihren Hälften findet sich Darmschleimhaut und drei Oeffnungen, durch die man in den Dünndarm, in den Processus vermiformis und das Coecum gelangt. Ausserdem besteht Spina bifida.

Runge (Berlin).

36. **Massari** (Wien). Eine seltene Anomalie der weiblichen Harn- und Geschlechtsorgane. (Wiener med. Wochenschrift 1879. No. 33.)

M. operirte 1873 (Oesterreichisches Jahrbuch für Pädiatrik 1874. Bd. I) ein Mädchen im Alter von einem halben Jahre wegen Atresia ani vaginalis. Der künstliche After wurde im Perineum angeheftet, doch blieb auch die widernatürliche Verbindung mit der Scheide bestehen. — Im Alter von 4 Jahren wurde, mancherlei Unzuträglichkeiten halber, ein neuer Versuch vorgenommen, den Mastdarm von der Scheide zu trennen und in der Steisskerbe zu befestigen. Unerklärt blieb das fortwährende Abtröpfeln von Harn. Trotz genügender Untersuchung wurde eine Verbindung der Blase mit der Vagina nicht entdeckt. Bei dieser Untersuchung fand M. ein Septum vaginae, das bis an den Muttermund hin reichte. — Das Kind erlag der Operation durch septischen Process. Der linke Ureter mündete in die linke Scheidenhälfte. Die Nieren waren vereinigt, die linke bedeutend atrophisch.

Ahlfeld (Leipzig).

37. **Aeby.** Ein 4jähriger mikrocephaler Knabe mit theilweiser Verschmelzung der Grosshirnhemisphären.
(Virchow's Arch. Bd. LXXVII. p. 554.)

Herr Dr. Schrader in Wolfenbüttel beobachtete einen Knaben, bei dem schon nach der Geburt die eigenthümliche Kopfbildung aufgefallen war. Das Gesicht trat im Verhältniss zum Vorderkopf stärker hervor. Die ganze Schädeldecke war kleiner, als normal. Nach 3 Monaten waren die Fontanellen nicht mehr zu entdecken. Im weiteren Wachsthum prägte sich der abnorme Schädeltypus immer mehr aus; das Gesicht entwickelte sich auffallend, der Schädel blieb, besonders in seinen vorderen Partien, klein. Der Knabe lernte weder laufen noch sprechen. Er wurde blödsinnig. Vier Jahr alt starb er an den Folgen einer Bronchitis.

Die freilich nur oberflächlich ausgeführte Section ergab ein Fehlen der Stirnnaht, bedeutende Dicke der Schädelknochen, Ausweitung der hinteren Schädelpartie, Verengerung der vorderen Dura mater umgab die Hirnmasse sehr straff.

Die vordere Hälfte der Spalte der Hemisphären fehlte; ebenso waren die Windungen nur angedeutet.

A. wiederholt seine Ansicht, dass der Atavismus keine Erklärung für die Mikrocephalie abgebe, dass man auch nicht von einem Stehenbleiben auf niederer fötalen Entwicklungsstufe sprechen könne, sondern dass stets ein Krankheitsprocess das Gehirn in seiner Entwickelung aufgehalten haben müsse.

Ahlfeld (Leipzig).

38. **Sänger** (Leipzig). Tod in der Schwangerschaft unter Erscheinungen stattgefundener Verblutung. Totale, chronische Adhäsivpericarditis. Relative Anaemie. Herzparalyse.

(Arch. für Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 3.)

Die 25jährige Zweitschwangere starb, nachdem sie einige Stunden vorher eine starke Blutung aus einem Varix der Scheide oder des Beines gehabt, sich von derselben aber bereits einigermassen erholt hatte, ziemlich plötzlich unter den Erscheinungen einer inneren Hämorrhagie und während eines eklamptiformen Anfalls. Bei der Section wurde eine beträchtliche Anämie der peripheren, dagegen nur mässige Anämie der mehr central gelegenen Organe und eine totale, chronische, adhäsive Pericarditis nebst geringer excentrischer Hypertrophie des linken Ventrikels gefunden.

Verf. ist der Ansicht, dass der Blutverlust allein bei einer gesunden Person den Tod nicht zur Folge gehabt hätte, dass in diesem Falle die Hauptschuld der Herzanomalie beizumessen sei und giebt den Geburtshelfern den Rath, bei den in ihr Fach schlagende Blutungen sogleich das Herz auf Adhäsivpericarditis, Klappenaffectionen des Ostium art. sinistrum, unzureichende Compensationszustände, Fettherz etc. zu untersuchen, um darnach die Prognose zu bemessen und nach Constatirung einer jener Herzaffectionen auch bei geringen Blutungen energisch einzuschreiten. **Schwarz** (Halle a/S.).

39. Derselbe (Leipzig). Ueber eine Gefahr unzeitiger Anwendung des Pilocarpins bei der Eklampsie. — (Arch. für Gynäkol. Bd. XIV. Hft. 3.)

Verf. theilt 3 Fälle von Eklampsie mit, in welchen nach Anwendung von Pilocarpin äusserst bedrohliche Erscheinungen von Seiten der Athmungsorgane auftraten.

1) 19jährige Primipara, circa ad terminum, ist seit dem 1. Anfalle bewusstlos nach dem 10. Forceps; unmittelbar nach dem 4. Anfalle post partum 0,02 Pilocarpin. Nach 5 Minuten stärkste Cyanose des Kopfes, hochgradigste Dyspnoe bei regungsloser Rückenlage, Erscheinungen von rasch eintretendem Lungenödem. Es wird sofort 0,0006 Atropinum sulf. als Antidot gegeben, künstliche Respiration nach Marshall-Hall eingeleitet und die Luftwege möglichst von Schleim und Speichel gereinigt. Nach etwa 1 Stunde waren die bedrohlichen Symptome vorüber, es stellte sich ruhiger Schlaf ein, weitere Anfälle blieben aus und es erfolgte Genesung.

2) 19jährige Primipara im letzten Monat; vor der durch Forceps beendigten Entbindung 8 eklamptische Anfälle. Post partum traten in etwa 12 Stunden noch weitere 36 Anfälle auf; 10 Minuten nach dem letzten wurde bei tiefem Sopor 0,02 Pilocarpin gegeben. Das schon vorher bestehende Lungenödem nahm schnell den höchsten Grad an, so dass baldiger Exitus letalis zu erwarten stand; derselbe erfolgte indess erst nach 12 Stunden unter Fortbestehen des Stickflusses, ohne dass ein weiterer Anfall aufgetreten wäre.

3) 36jährige Drittschwangere im 6. Monat; 1. Anfall vor 48 Stunden, seit 40 Stunden Bewusstlosigkeit. Wenige Minuten nach einer Einspritzung von 0,02 Pilocarpin traten sehr bedrohliche suffocatorische Erscheinungen auf, die erst nach 2—3 Stunden wieder verschwanden. Die Anfälle kehrten wieder, wenn auch in schwächerem Grade; die Frau starb unentbunden.

Verf. spricht auf Grund dieser Beobachtungen die Ansicht aus, dass man das Pilocarpin nur ganz zu Anfang der Erkrankung, nach den ersten Anfällen und so

lange noch kein Coma eingetreten sei, also nur in leichteren Fällen anwenden dürfe und dass der Arzt bei der Eklampsie die Pilocarpinwirkung noch sorgsamer wie bei anderen Erkrankungen selbst überwachen müsse.

Schwarz (Halle a/S.).

40. **Rheinstädter** (Cöln). Casuistische Mittheilungen.

(Archiv. für Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 3.)

I. Seltene Vorkommnisse bei Uterusfibromen.

1) 35jährige virgo seit 3 Jahren ohne Menses; grosses Fibrom der hinteren Wand, der Uterus überragte die Symphyse um 15 cm, war 18 cm breit, die Sonde drang 10 cm tief ein; beträchtliche Verkleinerung nach 62 Ergotininjectionen (Bombelon).

2) 46jährige, sterile Frau mit multiplen intramuralen und subserösen Fibromen behaftet — der Uterus stand über Nabelhöhe, — litt bis vor zwei Jahren an abundanten regulären Blutungen, die seit dieser Zeit gänzlich aufgehört hatten. Die Untersuchung ergab einen vollständigen Verschluss des Cervicalcanals. Molimina menstrualia traten in regelmässigem Typus bis zum 50. Jahre auf.

Verf. stellt die Frage, ob es nicht gerechtfertigt sei, bei inoperablen Fibromen, anstatt zur Castration zu schreiten, einen permanenten Verschluss der Cervix durch Anfrischung und Naht herzustellen. 3 Fälle von Fibromen im kleinen Becken; in zweien trat Verjauchung ein, doch erfolgte Genesung; der 3. wurde operirt, die Frau starb am 2. Tage an Sepsis.

In dem Falle von cystischer Entartung eines festen Fibroms ist die Diagnose nach Ansicht des Ref. unbewiesen.

II. Rudimentäre Entwickelung weiblicher Generationsorgane.

1) Bei einem 22jährigen, äusserlich ganz normal entwickelten Mädchen fehlten Scheide, Uterus und Ovarien; es bestand Amenorrhoe, Molimina menstrualia und Geschlechtstrieb fehlten.

2) 27jähriges Mädchen (Braut) mit männlichem Habitus. Scheide und Uterus bilden einen fingerlangen musculösen Schlauch, die Nymphen fehlen, Ovarien oder Hoden nicht zu entdecken. Menses sollen im 15. Jahre einige Male dagewesen sein.

III. Bimanuelles Zerdrücken von Ovarialcysten.

Der Fall ist nicht recht klar. In einem anderen Falle glaubt Verf. die intrauterine Fruchtblase gesprengt zu haben.

IV. Beckenexsudate.

1) Doppelseitiges parametritisches Exsudat, 4 Monate post partum spontaner Durchbruch in die Blase, nach 2 weiteren Monaten Eröffnung eines Abscesses an der Crista oss. ilei, nach 3 ferneren Monaten Eröffnung eines Abscesses in der rechten Nierengegend. Etwa 1¼ Jahr nach der Entbindung war noch ein spontaner Durchbruch in den Uterus erfolgt; völlige Genesung.

2) Abgekapseltes peritoneales Exsudat wurde von Aussen eröffnet, brach aber am folgenden Tage noch spontan in die Scheide durch. Genesung.

V. Zwei Fälle von Aetzverschluss des Cervix.

Schwarz (Halle a/S.).

41. **Pros.** Eklampsie im achten Monate der Schwangerschaft.

(Arch. de tocologie 1878. Dec.)

Eine 27 Jahr alte, kräftige IIIpara, die zweimal normal geboren hatte, wurde ausserordentlich heftig von der Eklampsie befallen. Chloral, zwei Aderlässe und das Accouchement forcé wurden mit dem Erfolge angewendet, dass die Mutter am Leben blieb, das Kind bei der Geburt starb.

Verf. betrachtet den Aderlass »fast ohne Ausnahme« als das beste Mittel, durch den er in diesem Falle 800 g Blut entnahm. **Schütz** (Leipzig).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S. (Margarethenstrasse 5), an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart (Alleenplatz 3), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

// Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Dritter Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 15 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

No. 23. **Sonnabend, den 8. November.** **1879.**

I. Ueber die Anwendung versenkter Catgutsuturen bei Operationen in der Scheide und am Damm.

Von

Dr. **Werth,** Docent in Kiel.

Die Vereinigung breiter Anfrischungsflächen in der Scheide gelingt nicht immer zu vollkommener Zufriedenheit des Operateurs, wenn man dabei den älteren Vorschriften folgt, die das Hauptgewicht auf die Verwendung tiefer Nähte legen. Man beobachtet leicht, besonders an Stellen, wo die Vereinigung nicht ohne etwas stärkere Anspannung der Wundränder geschehen konnte, dass letztere in Folge frühen Durchschneidens der Fäden wieder von einander weichen, somit die intendirte Heilung per primam intentionem im günstigsten Falle nur unvollständig erreicht oder selbst ganz vereitelt wird. Die Schuld an dem Misslingen trägt dann unzweifelhaft die tiefe Naht. Da, wo sie breitere Partien der Wunde zusammenfalten soll, versetzt

die von der Schlinge umfasste dicke Gewebsmasse den Faden in starke Spannung, erschwert dadurch oft schon ein vollständiges Aneinanderliegen der Schleimhautwundränder und hält den Knoten so fest gegen seine Unterlage angezogen, dass er früh und tief einschneidet. Sobald dies geschehen, geben die nur gewaltsam in ihrer Lage einander gegenüber erhaltenen Flächen nach und weichen auseinander.

Schröder empfiehlt deshalb in der neuesten Auflage seines Lehrbuches, wohl auf Grund solcher Erfahrungen, nur wenige tiefe Nähte in grösseren Abständen anzulegen und um der linearen Vereinigung der Wunde sicher zu sein, dazwischen in kleineren Intervallen oberflächliche, nur die Scheidenwand fassende Nähte anzubringen. Auf die letzteren kommt es nach ihm, will man einer guten Heilung sicher sein, hauptsächlich an. Ohne dieser Ansicht entgegentreten zu wollen, kann ich doch ein leises Bedenken nicht unterdrücken, ob bei einer Beschränkung auf so wenige, die ganze Wundfläche umfassende Nähte in jedem Falle die Bildung von Taschen in der Tiefe, unter der Nahtlinie, sich wird vermeiden lassen. Doch auch abgesehen von diesem Bedenken glaube ich, dass unter der von Schröder angerathenen Modification nothwendig der Zweck der Operation leiden müsse. Ich habe hier vorwiegend die Operation im Auge, welche, gegen den Prolaps gerichtet, eine Verstärkung des Dammes, resp. des gesammten Septum recto-vaginale anstrebt.

Hier soll möglichst die Anfrischungsfläche in ihrer ganzen Breite zur Verwendung kommen. Es soll ein möglichst dickes Gewebslager nach der Mittellinie transplantirt, eine möglichst feste und in sagittaler Richtung breite Narbe, eine starke Stütze für die reinvertirte Scheide geschaffen werden, stark genug, um dem Andrang der Theile von oben her auf die Dauer zu widerstehen. Ich bezweifle, dass das Schröder'sche Verfahren geeignet ist, dieser Forderung vollkommen zu genügen. Bringt man nur die Scheidenwundränder mit oberflächlichen Nähten aneinander, so müssen sich nothwendig die beiden Wundhälften seitlich einfalten. Legen sich dabei auch wirklich die Flächen überall genau aneinander, entstehen keine seitlichen Recessus, so behält das Anfrischungsfeld doch seine ursprüngliche horizontale Richtung, wird nicht halbirt, sondern geviertheilt, und das Septum fällt nach vollendeter Naht viel dünner aus, als beabsichtigt worden. Dass man dieser unerwünschten Folge durch so wenige tiefe Nähte, wie Schröder anwendet, begegnen könne, halte ich für mehr als unwahrscheinlich. Der Operationseffect beschränkt sich bei solchem Vorgehen im Wesentlichen auf eine Verminderung der Scheidenwandfläche, d. h. Verengerung des Vaginalrohres. Ob das allein und immer eine dauernde Retention ermöglicht, bleibt fraglich.

In den versenkten Catgutnähten habe ich nun ein Mittel gefunden und in einer grösseren Reihe von Operationen erprobt, welches den Effect der nach Simon-Hegar angelegten Naht fast noch übertrifft, ohne mit ihr die oben erörterten Mängel zu theilen.

Ehe ich die von mir geübte Nahtanlegung schildere, noch einige

Bemerkungen über das bei der Anfrischung beobachtete Verfahren. Dieselbe geschieht in der Scheide am besten in der von Bischoff geübten Weise mit stumpfer Gewalt. Vorn und hinten lässt sich für gewöhnlich die Scheidenwand durch mässigen Zug von ihrer Unterlage ablösen.

Bei der Kolpoperineoraphie verfahre ich in folgender Weise: Nach sorgfältiger Auswaschung des Rectum mit Carbolwasser führe ich 2 Finger der linken Hand, event. auch 4 in dasselbe ein, dränge das Septum nach vorn heraus und umschneide nun das zu entfernende Stück. Die Finger im Rectum folgen dem Messer und erlauben, während zugleich der Daumen von oben her die Scheide spannen hilft, auf dieser Unterlage eine sichere und geradlinige Schnittführung. Der Schnitt soll überall die Scheidenwand vollkommen durchdringen. Dass dies geschehen, erkennt man an dem Auseinanderweichen der von unten her gespannten Schnittränder. Die Ablösung des umschnittenen Lappens geschieht, von oben anfangend, gewöhnlich leicht, durch Zug an der mit der Pincette, später mit den Fingern gefassten Spitze desselben und wird unterstützt durch die Arbeit der Finger im Rectum, welche dessen vordere Wand nach oben und vorn hinauf drängen. In der Nähe des Scheideneinganges findet sich öfters die Schleimhaut durch Narbenmassen auf dem unterliegenden Gewebe festgeheftet und es bedarf dann zu ihrer Abtrennung der Nachhülfe mit Scheere oder Messer, will man tiefere Anreissungen vermeiden. Die — narbenfreie — Haut vorn am Damm und am hinteren Umfang der grossen und kleinen Labien giebt alsdann dem Zuge wieder leicht nach.

Diese Manier bietet mancherlei Vortheile. Die Ausführung erheischt wenig Zeit; die Blutung ist meist unbedeutend, die gesetzte Wunde glatt und eben.

Die Anfrischung der vorderen Scheidenwand gelingt, in ähnlicher Weise ausgeführt, meist ebenso leicht. Auch hier bediene ich mich gemeinhin der Finger zur Spannung und als Unterlage bei Umschneidung des gewöhnlich myrtenblattförmig gestalteten Lappens. Der Schnitt beginnt unten, dicht über dem Tuberculum vaginae. Die sackförmig herabhängende Scheidenwand wird derart eingefaltet, dass obere und untere Hälfte mit ihren äusseren Flächen sich berühren. Ueber diese Falte lege ich den Daumen, darunter den Zeigefinger und während der erstere die Wand spannt, der andere als Widerhalt dient, führe ich die Umschneidung der unteren Lappenhälfte aus. Jetzt wird diese abgelöst, zwischen Daumen und Zeigefinger gefasst und nach oben, das mit Kugelzange fixirte obere Ende der vorderen Scheidenwand nach unten und hinten gezogen und so die noch anzufrischende Partie in Spannung versetzt. Genügt diese nicht, so lässt sich der Zeigefinger resp. dieser und Mittelfinger zwischen die abgelöste Lappenhälfte und die Wundfläche hinein und gegen die obere Hälfte der Scheidenwand herandrängen und auch hier der Schnitt fast überall über dem Finger ausführen.

Darnach wird die Ablösung am besten in der Weise vollendet, dass man mit dem Zuge an der oberen Spitze der Anfrischungsfigur beginnt, während man mit der oberhalb angesetzten Zange den erforderlichen Gegenzug übt. Dass das eben beschriebene Verfahren im Einzelfalle oft mancherlei Abänderungen unterliegen muss, ist selbstverständlich, und bedarf hier keiner weiteren Erörterung. Ich habe dasselbe als besonders brauchbar erprobt in den Fällen von ausschliesslichem Vorfall der vorderen Scheidenwand. Bei vollkommnem Prolaps, vollständiger Inversion der Scheide gewähren die von dem Scheidensack umschlossenen Gebilde meist eine ausreichende Unterlage und genügenden Widerhalt für die Umschneidung und Loslösung des Lappens.

Zuweilen wird in veralteten Fällen totaler Inversion der Vagina durch das starre, hyperplastische, paravaginale Zellgewebe eine so feste Verbindung der Scheidenwand mit ihrer Unterlage unterhalten, dass sie dem Versuche einer Ablösung durch einfachen Zug widersteht und die Trennung mit Scalpell und Scheere vollzogen werden muss. Vielleicht, dass in solchen Fällen eine vorbereitende Behandlung mit erweichenden Umschlägen etc. eine genügende Lockerung der Verbindungen erwirken möchte.

Ist die Wundmachung in der beschriebenen Weise vollendet, so schreite ich zur Anlegung von Catgutnähten, die ausschliesslich wundes Gewebe umfassen und unter der schliesslich hergestellten Vereinigungslinie zurückgelassen werden sollen. Die Nahtanlegung geschieht, von oben her anfangend, zuerst an der Stelle, wo die Wundfläche eine gewisse Breite erreicht hat. Ich benutze dazu gewöhnlich flach gekrümmte Nadeln, die nahe dem Wundrande, einwärts von ihm, eingestochen und an correspondirender Stelle wieder herausgeführt werden. Der Faden wird an schmäleren Partien ganz unter dem Grunde der Wunde hindurchgeführt, an breiteren Stellen tritt ein kleines Stück desselben mitten in der Wunde zu Tage. Die Distanzen zwischen den einzelnen Fäden betragen 1—2 cm. Nachdem die Fäden geknotet, werden die Enden möglichst kurz abgeschnitten. Die Wunde ist nun meist so weit verschmälert, dass oberflächliche und, in geringerer Zahl, halbtiefe Nähte genügen, ohne jede Spannung oder Bildung von Taschen die Wundränder genau zu vereinigen. Bei beträchtlicher Breite der Anfrischungsfläche geschieht es zuweilen, dass die zusammengezogenen Fäden an den Seiten das lockere Gewebe durchschneiden. In solchem Fall bleibt leicht noch ein grösserer Defect, der dann eine obere Reihe ebenfalls zur Versenkung bestimmter und in gleicher Weise eingelegter Nähte erfordert.

Bei der Kolpoperineoraphie gehe ich mit den von der Scheidenseite her angelegten Gewebsnähten gewöhnlich nahe an die neu zu bildende Commissura posterior heran. Der Dammtheil der Wunde ist dann von so geringer Tiefe, dass hier zur Vereinigung eine Anzahl oberflächlicher Nähte ausreicht. Wo dies nicht der Fall, lassen

sich auch von der Dammseite aus zur Versenkung bestimmte Fäden einlegen und zur Abflachung dieses Wundabschnittes benutzen.

Bei der Elythroraphia anterior, besonders aber bei der Operation des veralteten Dammrisses hat sich mir diese Methode ebenfalls als vorzüglich wirksam bewährt. Zum Aufbau des Dammdreiecks in seinen tieferen Schichten verwende ich die verlorenen Suturen, während die Oberflächennähte allein die Haut- resp. Schleimhautränder fassen und für eine möglichst subtile Vereinigung dieser sorgen. Ich erblicke in der dadurch erreichten, fast absolut sichern Aussicht auf gute Verheilung der Scheiden- und Mastdarmwunde keinen geringen Gewinn. Mag dann wirklich einmal die äussere Dammwunde wieder auseinanderweichen, der Hauptzweck der Operation, die Beseitigung der functionellen Störung erleidet dadurch keine Beeinträchtigung; höchstens, dass der kosmetische Effect etwas geringer ausfällt — an dieser Stelle wahrlich kein grosser Schade. —

Ueberschaue ich noch einmal die Vortheile, welche mein Verfahren vor den sonst geübten Methoden voraus hat, so glaube ich behaupten zu dürfen, dass dasselbe wie kein anderes geeignet ist, besonders die Idee, welche der Kolpoperineoraphie zu Grunde liegt, in vollkommener Weise zu verwirklichen. Die beiden seitlichen Hälften des ursprünglich horizontal liegenden Wunddreiecks werden mit grosser Sicherheit in die sagittale Verticalebene übergeführt, die beiden senkrecht gestellten Flächen überall in genauer Berührung erhalten, ein Zurücksinken derselben an der Basis des neuen Dammdreiecks wird sicher verhütet. Es wird ferner eine viel ausgiebigere Anfrischung, als sonst zulässig, ermöglicht, weil mit Hülfe der Gewebsnähte die Wunde beliebig zusammengezogen und jede Spannung ihrer Ränder vermieden werden kann. Von geringerer Bedeutung erachte ich den Umstand, dass die Beseitigung jeder Spannung an den Wundrändern eine ausschliessliche Verwendung von Catgut als Nahtmaterial, auch für die Oberflächensuturen, gestattet. Immerhin ist es ein kleiner Gewinn, dass man damit der oft mühevollen und der jungen Narbe leicht gefährlichen nachträglichen Entfernung der Nähte überhoben wird.

Aus dem Gesagten erhellt, dass dieses Verfahren nach zwei Richtungen hin günstigere Chancen bietet. Als erste Folge bessere Garantien für eine Verheilung p. p. i., in zweiter Linie grössere Sicherheit vor einem Recidiv der Dislocation, gegen welche die Operation sich richtet.

Diese Folgerungen sind übrigens abgeleitet nicht etwa allein aus theoretischen Erwägungen, sondern sind das Ergebniss des bei einer Reihe eigner Operationsfälle thatsächlich Beobachteten. — Zum Schluss sei es mir gestattet, die Aufmerksamkeit noch auf einige, bei dem oben beschriebenen Verfahren nothwendig zu beobachtende Cautelen zu lenken. Als wichtigste betrachte ich ein streng antiseptisches Verhalten bei der Operation und habe deshalb auch stets unter Spray operirt. Eine Wunde, die, wenn auch nur in geringer Menge, todtes

organisches Material in sich aufnehmen soll, muss, soll sie keinen Schaden leiden, gewiss besonders rein erhalten werden. Dann muss das für die Versenkungsfäden benutzte Catgut bei der nöthigen Festigkeit zugleich möglichst dünn sein. Dickere Fäden schaden, weil sie in Folge der dem Auflösungsprocess vorausgehenden Quellung die Wundflächen leicht auseinanderdrängen und deren Vereinigung stören können.

Kiel, 23. September 1879.

---

1. Bericht über die Verhandlungen der gynäkologischen Section auf der 47. Jahresversammlung der British medical Association zu Cork 5.—8. August 1879.

(Brit. med. Journ. 1879. Aug. 16, 30, Sept. 6.)

Die Verhandlungen eröffnet ein Vortrag des Vorsitzenden:

Kidd (Dublin). Ueber die Behandlung von Uterustumoren durch Dilatation und Ecraseur.

Redner knüpft an sein 1869 angegebenes Dilatationsverfahren vermittels mehrerer neben und nach einander eingelegter, bis beinahe zum Gebärmuttergrunde reichender Laminariastifte an, unter vorangehenden und nachfolgenden desinficirenden Auswaschungen von Uterus und Scheide. Das neue Dilatationsmaterial, die Sussdorf'schen Tupelostifte, benutzt K. nur zu einer etwaigen zweiten, nach der Laminaria noch nothwendigen Dilatation, da diese aus der Wurzel der Nyssa aquatica, einer Sumpfpflanze der Südstaaten hergestellten Stifte sich nicht so leicht einlegen lassen und rascher und stärker quellen, als die Laminaria. Entgegen Emmet, der mit der Exstirpation von Uterustumoren warten will, bis sie von selbst den Muttermund auseinander drängen und in die Scheide herabtreten, ist Redner für frühzeitige Dilatation und Exstirpation, zu welch' letzterer er, nachdem er den Uterus möglichst tief herabgezogen, die Geschwulst mit einer Art langen Korkziehers, Mc Clintock's Spiralinstrument anbohren und zugängiger machen will. Früher verwandte er als Ecraseurschlinge weichen Eisendraht, während er nun für gut geglühten Stahldraht nach Art der Klaviersaiten plaidirt, da solche Schlingen, auch wenn zum Zwecke der Einführung zusammengeknickt durch ihre eigene Elasticität sich wieder öffnen sollen. Der Ecraseur soll zugleich zermalmen und schneiden, was sich nicht mit jedem Instrumente, wohl aber mit Denham's Ecraseur vermöge eines besonderen Mechanismus zum Anziehen der Schlinge erreichen lassen soll. Verf. spricht sich nur über die Exstirpation in die Uterushöhle hereinragender Geschwülste näher aus. Doch soll, wenn man nach K. dilatirt und nach Marion Sims und Gaillard Thomas operirt, die Exstirpation bis zu der Schleimhaut vorgedrungener oder vollkommen interstitieller Tumoren ebenso gefahrlos sein.

Die Angabe einiger Regeln, die uns den Sitz eines Tumors sowie seine Beziehungen zur Uteruswand erkennen helfen sollen, bildet den Schluss des Vortrages.

Die Discussion über intrauterine Therapie, die auf der Tagesordnung steht, eröffnete Playfair (London) mit allgemeinen einleitenden Bemerkungen.

Lombe Atthill (Dublin) stellt folgende Punkte als eine intrauterine Behandlung indicirend auf: 1. Menstruationsstörungen, speciell zu reichliche und schmerzhafte Menstruation. 2. Uteruskatarrh. 3. Schmerzhaftigkeit des Gebärmuttergrundes bei Berührung mit dem Sondenknopfe. Zur Einbringung der Medicamente, unter denen nur eine Mischung von Jod und Carbol war, bedient er sich der Wattesonde oder eines Aetzmitteltampons. Salpetersäure soll stets nur durch eine Canüle in die Uterushöhle gebracht werden.

Battey (Rome, Georgia) will mit einer Lösung von 2 Theilen Carbol auf 1 Theil Jod sogar gegen das Carcinom der Gebärmutter ankämpfen. Für gewöhnliche Zwecke soll eine Lösung von einem Theile Jod in Substanz auf 4 Theile flüssigen Carbols genügen. Zur Einbringung bedient er sich ebenfalls der Wattesonden. Baumwolltampons in letztere Flüssigkeit getaucht, wendet er auch zur Dilatation an und lässt sie einige Minuten bis 48 Stunden liegen, ohne je Stenose danach gesehen zu haben.

Tilt (London) ist der Ansicht, es werde zu viel intrauterin behandelt. Für viele Fälle sei es genügend, den Cervicalcanal frei zu halten. Auch er ist für Wattesonde und Aetzmittelträger und gegen Einspritzungen. Er constatirt, dass Kidd der erste war, der die dilatirte Uterushöhle mit rauchender Salpetersäure ausätzte.

Gallard (Paris) legt der Versammlung einige vom ihm verfasste Abhandlungen über intrauterine Behandlung vor.

Barnes (London) nimmt, ohne Widerspruch zu erfahren, die Priorität, das auch bei uns unter dem Namen »Playfair'sche Sonde« landläufige, vielgebrauchte Instrument angegeben zu haben, für sich in Anspruch. Zu seiner Einführung ist meist der Spiegel nothwendig.

Cordes (Genf) beschreibt ein Instrument, vermittels dessen sich ohne Anätzung des Cervicalcanales auch mit Flüssigkeiten in der Uterushöhle ätzen lässt.

Wallace (Liverpool) ist für genauere Präcision der für intrauterine Behandlung tauglichen Fälle. Seiner Ansicht, es werde zu viel in diesem Gegenstande gemacht, schliessen sich noch mehrere Redner an.

Die weitere Discussion bringt nichts von Bedeutung.

Ueber die Ungefährlichkeit der Salpetersäure herrscht nur eine Stimme.

Als weiteres Thema ist ein geburtshülfliches eingesetzt:

Blutungen aus den Genitalien während Schwangerschaft und Geburt.

Macan (Dublin). Schlägt folgende 5 Punkte zur Discussion vor:

1. Menstruation während der Schwangerschaft.

2. Unter welchen Umständen ist es gerechtfertigt, bei drohendem Abortus von einer Erhaltung der Frucht abzusehen?

3. Zurückbleiben von Eiresten nach Abort (»Imperfect abortion«) und dessen Behandlung.

4. Behandlung der Placenta praevia.

5. Prophylaxe und Behandlung der atonischen Gebärmutterblutungen.

ad 1 hält Redner mit Spiegelberg zu der Ansicht, dass das, was man als Menstruation während der Schwangerschaft bezeichne, eine auf pathologischen Vorgängen beruhende Hämorrhagie sei.

ad 2. Die Entscheidung dieser Frage im Einzelfalle erklärt er für sehr schwer. Sichere Kennzeichen für den Tod der Frucht haben wir nicht. Entfärbte Blutgerinnsel, die dafür sprechen sollen, sind sehr trügerisch.

ad 3. Verf. erklärt sich für Thomas' stumpfe Drahtcurette und Simons' Löffel, die oft eine Dilatation des Cervix ersparen sollen.

ad 4. Nach Darlegung seiner, in der weiteren Discussion von verschiedener Seite angegriffenen Ansichten über das Wesen der Placenta praevia, spricht sich Redner für Barnes' Vorschlag aus, den seitlich tief sitzenden Fruchtkuchen so weit als mit dem Finger erreichbar loszuschälen, da derjenige Theil der Gebärmutter, dem die Placenta aufsitze, sich nicht dilatiren könne. Den oft blutstillenden Erfolg des Blasensprunges erklärt er auf eine, unserer deutschen Ansicht nicht conforme Weise. Die Placenta praevia centralis will er durch Loslösung auf einer Seite zu einer lateralen machen. Tamponiren will er nur so lange, bis man mit dem Finger zum Loslösen eingehen oder die Blase sprengen kann.

ad 5. schlägt Redner ausser der allgemein üblichen Behandlung auch Brandy subcutan vor.

More Madden (Dublin) spricht zur Prophylaxe und Behandlung der Nachgeburtsblutungen und proponirt unter den zu Blutungen disponirenden Momenten Anlegung der Zange vor vollständiger Erweiterung des Muttermundes, sowie übermässige Verzögerung der zweiten Geburtszeit. Prophylaktisch giebt er Ergotin in der zweiten Periode. Zug an der Nabelschnur scheint noch angewandt zu werden, da ihn Redner besser wegzulassen räth. Injectionen von Eisenchlorid in die Uterushöhle verwirft er als zu gefährlich, statt ihrer will er einen mit demselben Mittel getränkten Schwamm in die Gebärmutterhöhle einbringen. Aetherinjectionen bei Collaps sieht er als ein Substitut für die Transfusion an, der er übrigens eine Zukunft in der Geburtshülfe prophezeit, vorausgesetzt dass eine Methode gefunden werde, die ihre Vornahme auch dem weniger geübten Operateure gestatte.

Walter (Manchester) hat 11 Fälle mit Heisswasserinjectionen behandelt, ohne dauernden Erfolg davon gesehen zu haben. Er meint länger dauernde Uteruscontractionen erzielt zu haben, wenn er das Wasser nur 32° R. warm nahm.

Normann Kerr (London) berichtet über sehr schöne Erfolge, die er mit dieser Behandlung erzielte, die Temperatur seiner Injectionen betrug auch nur wenig über 32° R.

Barnes (London) zieht in schweren Fällen Injectionen von Eisenchlorid in die Gebärmutter allem vor.

Dill (Belfort) will der Unglücklichen gar eine kräftige kalte Begiessung auf den Bauch appliciren und

Thompson (Leamington) meint, diese Procedur dürfte doch etwas »uncomfortable« für die Patientin sein, weshalb er eine Serviette in kaltes Wasser taucht und damit den Leib der Blutenden wie mit einer Fliegenklappe klopft.

Cordes (Genf) empfiehlt hauptsächlich die Autotransfusion, Tieflagern des Kopfes und Hochhalten der Extremitäten.

Atthill (Dublin) wiederholt die Empfehlung der vier Mittel: Ergotin, kaltes und warmes Wasser und Eisenchlorid.

Malins (Birmingham) hält Erbrechen und Ohnmacht für prognostisch günstige Momente bei Blutungen. Von älteren englischen Aerzten wurde sogar schon Ipecacuanha in solchen Fällen gegeben, um Erbrechen zu erzielen. Er ist übrigens für eine uns rationeller scheinende Behandlung; er sah noch nie eine Frau sterben, welche bei ihren Blutungen ohnmächtig wurde.

More Madden (Dublin) giebt sich, nachdem er seine oben geäusserten Ansichten wiederholt, der Hoffnung hin, es werde bald die Zeit kommen, wo Verblutung einer Frau nach der Geburt unmöglich sei.

Edis (London) betont die von den Vorrednern zu wenig proponirte Prophylaxe. Für die Zeit der Schwangerschaft schlägt er echt englisch ein Trainirungssystem etwa wie für die Boxer vor. Chloroform will er, wenn nicht ganz besondere Indicationen vorliegen, nur gegen Ende der zweiten Periode geben, welche letztere zu lange dauern zu lassen, er warnt. Tuto, cito et jucunde soll die Frau gebären. Erreicht dies die Natur nicht, so muss die Zange helfend eingreifen.

Kidd (Dublin) fasst die verschiedenen, zum Theile höchst merkwürdigen in der Discussion zu Tage getretenen Ansichten noch einmal übersichtlich zusammen und kritisirt und commentirt dieselben mit umfassender, auch ausländischer Literaturkenntniss.

Bei Abort zurückgebliebene Reste hofft er durch Tamponade oder einfache Ausspülungen vermittels eines Katheters herauszubringen.

Placenta praevia anlangend, sprach man sich vor Jahren in der London. Obstetr. Soc. dahin aus, die Geburt in Gang zu bringen,

sobald die Diagnose gesichert, was Redner mit einem Pressschwamme thut.

Gegen arterielle Nachblutungen empfiehlt K. warm: genaueste Ueberwachung der Gebärmutter, vom Momente des Austrittes des Kindeskopfes an bis längere Zeit nach Ausstossung der Nachgeburt, welch' letztere die Dubliner Schule übrigens nicht nach Credé's Methode exprimiren will. Ehe man zu irgend welcher intrauterinen Injection greift, räth Redner stets Reibungen der Innenfläche der Gebärmutter zu versuchen. Den Hauptnutzen von Ergotin, durch den Mund gegeben, sieht K. in der von ihm beobachteten Brechen hervorrufenden Wirkung dieses Medicamentes, und wenn einmal Erbrechen eingetreten, soll sich die Blutung selten wiederholen. Transfusion hält er schon in ihrer jetzigen Form für eine nicht zu schwierige Operation.

Battey (Rome, Georgia). Bericht über die Resultate von 15 Fällen von Castration.

Die Mortalität betrug $13^{1}/_{3}$ %; es starben 2 Fälle. Die genesenen Fälle theilt Redner folgendermassen ein:

a) Herausnahme von nur einem Ovarium 3 Mal.

b) Unvollständige Herausnahme beider Ovarien 3 Mal.

c) Vollständige Herausnahme beider Ovarien 7 Mal.

Die Resultate 6 Monate nach der Operation waren folgende:

Vollkommene Genesung trat ein: bei Fällen nach a) operirt 1 Mal; nach c) operirt 6 Mal.

Theilweise Genesung: Bei 1 Falle a) und einem Falle b).

Ohne Erfolg wurden operirt ein Fall a) und 2 Fälle b).

Bei einem Falle c) lässt sich noch nichts sagen.

Die Indicationen Verf.'s sind: Schwere Störungen des Allgemeinbefindens, unstillbare Schmerzen, lebengefährdende Blutungen in Verbindung mit der Ovulation; sowie allgemein gefasst der Vortheil, den man sich von der Revolution, die eine frühzeitige Klimax im Gesammtorganismus hervorruft, für irgend ein Leiden verspricht.

Vor jeder Operation stellt sich Redner folgende 3 Fragen: Ist der Fall ein schwerer? Ist er durch kein anderes, milderes Mittel heilbar? Ist er durch Aufhören der Regel heilbar? Nur wenn man sich diese 3 Fragen bejahen kann, darf operirt werden.

Dreimal machte Redner den Bauchschnitt mit keinem und zwölfmal den Scheidenschnitt mit 2 Todesfällen.

Den Stiel unterband er nur zweimal, zwölfmal trennte er ihn einfach mit dem Ecraseur, eine Methode, die B. für unschädlich und empfehlenswerth hält. Nur einmal operirte er nach Lister.

War nur 1 Ovarium oder beide unvollständig herausgenommen, so ging die Regel weiter, waren beide vollständig entfernt, so cessirte sie ausnahmslos.

Lombe Atthill (Dublin). Ueber Inversion der Gebärmutter (mit Holzschnitten).

Chronische Uterusinversion, bis jetzt fast allgemein für unheil-

bar gehalten, ist nach Verf., auch wenn schon viele Monate alt, reponibel. Dass Zug an der Nabelschnur allein zu einer Umstülpung führe, ist Verf. höchst unwahrscheinlich. Die Muskulatur des Gebärmuttergrundes muss atrophirt sein, wie es z. B. an der Ursprungsstelle von Fibroiden des Fundus der Fall ist, die dann später zu einer Inversion führen.

Die Zeit der Reposition anlangend, so wartet man, wofern man nicht in den ersten 24 Stunden nach der Geburt dazu kommt, besser bis die Involution des Uterus vorüber ist, denn in der Involutionsperiode ist das Uteringewebe so weich, dass es sich leicht bis auf das Peritoneum durchdrücken lässt, wie es Verf., jedoch ohne üble Folgen, erging. Gelingt die Reposition nur so weit, dass sich die vollkommene Inversion in eine unvollkommene verwandeln lässt, so schliesst Verf., als Vorbereitung zu einer später zu wiederholenden Reposition temporär nach Emmet den Muttermund mit Drahtsuturen. Als Radicaloperation verschliesst ihn Emmet bis auf eine kleine Oeffnung permanent, durch die das Menstruationsblut Aus- und der Samen Eingang finden sollen.

Zu seinen Repositionen benutzte A. ein ziemlich primitives stöpselartiges Instrument, womit er den invertirten Uterus hinaufdrückte. Während nun Redner an dessen Verbesserung arbeitete, gab White in Buffalo, von demselben Gedanken geleitet, einen Uterusrepositor in verbesserter Form an. Derselbe besteht aus einem Stabe mit Beckenkrümmung von entsprechender Länge, auf dessen einem, das invertirte Corpus zu fassen bestimmten Ende eine dicke weiche Kautschukscheibe, am andern eine in Spiralen gewundene Feder sich befindet, die der Operateur, der mit einer Hand in der Scheide, mit der andern durch die Bauchdecken controlirt, auf seinen Leib setzt, im Stande, nun beliebig lange ohne zu ermüden zu drücken.

Damit sollen schon 20 Jahre lang bestehende Inversionen zurückgebracht worden sein. Gelingt die Reposition auch nicht vollkommen, so hofft Verf. doch stets so weit, dass eine Amputation des Fundus vermieden und Emmet's Verfahren in Anwendung gebracht werden kann, wobei dann noch nicht alle Hoffnung auf Conception aufgehoben sein soll.

Barnes (London). Chronische senile Inversion des Uterus nach Entfernung eines Fibromyoms. Amputation. Genesung. Zwei Jahre, nachdem Redner einer 47jährigen Frau ein kindskopfgrosses Myom des Fundus mit der Schlinge abgetragen hatte, fand er in der Scheide der unterdessen durch Blutungen sehr erschöpften Frau den Fundus uteri als eine Geschwulst von der Grösse einer mittleren Birne. Da Pat. zu Taxisversuchen zu angegriffen war, wurde die Masse mit dem Ecraseur abgetragen. Die Blutung war heftig. Die Frau genas ohne weitere Reaction. B. ist der Ansicht, dass die Inversion während oder sogleich nach der ersten Operation entstanden sei.

Er theilt die Inversionen in frische, einfach chronische und senil chronische ein. Bei den beiden ersten Formen ist ein Repositionsversuch selbstverständlich, bei der letzten Form dagegen können

unter Umständen senile Veränderungen jeden Eingriff unmöglich machen.

Aveling (London). Zur Behandlung der chronischen vollkommenen Uterusinversion.

Man unterscheidet eine fundale, laterale und cervicale Repositionsmethode. Bei der ersten wird einfach auf den Fundus gedrückt. Bei der zweiten Methode muss nur eine Hälfte des Organes auf einmal durch den inneren Muttermund schlüpfen und bei der cervicalen Art soll der Theil des Uterus, der zuletzt durch den Muttermund trat, zuerst zurückgebracht werden.

Verf. ist für eine allmälige, nicht auf einmal vorzunehmende Taxis. Unter den Repositorien (weitere Hülfsmittel zur Reposition sind: Lagerung, Heisswasserirrigationen, Belladonna, Galvanismus, instrumentelle oder manuelle Compression des Uterus, Dilatation des Cervix blutig, oder unblutig) ist B. für gerade mit becherförmigem Ende. Dieselben bleiben bis 80 Stunden liegen.

Redner gab ein doppelt gebogenes Instrument, ebenfalls mit Becher, an, das nach einer Zusammenstellung von verschiedenen Inversionen, behandelt mit gekrümmten, geraden und doppelt gekrümmten Repositorien noch bessere Resultate geben soll.

Wallace (Liverpool). Inversio uteri. Verf. spricht über 2 von ihm behandelte Fälle. Im ersten Falle reponirte er 12 Wochen nach der Geburt einen auf unbekannte Weise entstandenen completen Uterusvorfall manuell durch die Scheide in 40 Minuten. Auffallend sind die schweren nervösen Erscheinungen, Anfälle von das Leben bedrohender Stärke, dabei ein typhoider Zustand, mit der Reposition wie weggeblasen.

Der zweite Fall ist merkwürdig dadurch, dass eine Frau, wohl wissend, dass sie an einer Umstülpung der Gebärmutter leide, eine zweite Ehe einging. In ihrem 46. Jahre (vor 28 Jahren war bei einer Geburt das Unglück geschehen) kam sie (die Klimax war inzwischen eingetreten) zum Redner, da sie sich für schwanger hielt. Die Beschwerden, die die Inversion in früheren Jahren gemacht hatte, waren mit der Zeit so vollkommen geschwunden, dass Verf. von einer Therapie absah.

Graily Hewitt (London). Zur Behandlung des Erbrechens der Schwangeren.

Redner knüpft an Copeman's entschieden werthvollen Vorschlag, den Cervicalcanal mit dem Finger zu erweitern, an und hält es für genügend, das Os internum durch Hebung des Gebärmutterkörpers zu entlasten.

Kidd (Dublin) ist gegen Graily Hewitt und Copeman und will nur die Portio mit Lapis touchiren.

Byford (Chicago). Ergotin gegen Uterusfibroide.

Redner hat günstige Erfolge von diesem Mittel gesehen. Der

hypodermatische Weg soll nicht wirksamer als ein anderer sein. Er giebt Squibbs flüssiges Extract.

Kidd (Dublin) sah noch keinen Erfolg von Ergotin gegen Uterusfibromyome.

Hodge (St. Louis, Missouri). Fibromyoma der Placenta.

Die Natur der Geschwulst ist nach Redners Beschreibung zweifelhaft, ihr Sitz höchst problematisch.

Herdegen (Stuttgart).

---

2. Ritter von **Nussbaum** (München). Leitfaden der antiseptischen Wundbehandlung.

Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1879.

Das vorliegende Werkchen hat den Vorzug aller Publikationen des Verfasser's: die Unmittelbarkeit der Wiedergabe dessen, was der vielerfahrene Chirurg aus reichem Beobachtungsmaterial sich abstrahirt hat. Gerade die Lister'sche Behandlungsmethode und die Resultate, welche mit ihr zu erreichen sind, können wohl zur Begeisterung führen, und sie wiederum zu einer gewissen Wärme und Feuer bei der Absicht, alle Aerzte zu gleichen Ansichten zu bekehren. Dazu sind oft die interessant geschriebenen, drastisch dargestellten, kurzen und fasslichen Publikationen mehr geeignet, als lange Werke, mit den modernen Curven, Tabellen und Procentberechnungen.

Niemand wird das interessante Buch, das auch durch humoristische Darstellung fesselt, aus der Hand legen, ehe er es zu Ende gelesen hat, und Jeder wird aus der Lectüre Belehrung schöpfen. Namentlich für den Gynäkologen finden sich einige höchst merkwürdige Fälle.

Fritsch (Halle a/S.).

---

3. **Kehrer** (Giessen). Zur Sterilitätslehre.

(Beiträge zur klinischen und experimentellen Geburtshülfe u. Gynäkologie Bd. II. Hft. 1. Giessen, **E. Roth,** 1879.)

Die gegenwärtigen Anschauungen der meisten Autoren über die Ursachen der Sterilität gehen von zu einseitig anatomischem Standpunkt ohne Betrachtung des klinischen Bildes aus.

Ueber die Vertheilung der Sterilitätsursachen auf die beiden Geschlechter und die relative Häufigkeit der einzelnen Ursachen ist bis jetzt wenig bekannt, theilweise sind die vom Verf. über die Häufigkeit der männlichen Sterilität gemachten Angaben bekämpft worden.

Verf. giebt daher ausführlich 40 Einzelbeobachtungen über Sterilitätsfälle, in denen er fast stets genau die Verhältnisse und Functionsfähigkeit der weiblichen und männlichen Geschlechtsorgane untersuchen konnte. Das Sperma wurde in allen Fällen möglichst frisch untersucht. Unter diesen 40 Fällen fand sich 14 Mal Azoospermie, 2 mal Impotenz. Mit Abrechnung einiger allenfalls zweifelhafter Fälle berechnet er, dass bei 37 Fällen von Sterilität Azoospermie

in 29,7 %, Impotenz in 5,4 % die Ursache ist. Städter scheinen bevorzugt zu sein.

Es ergiebt sich daraus, wie wichtig es ist, vor Beginn einer Sterilitätscur den Ehemann und sein Sperma zu untersuchen, in dem in der Mehrzahl dieser Fälle Erkrankungen der Harn- und Geschlechtsorgane vorangegangen waren. Es erhellt daraus, dass die Gonorrhoe vom Arzt gar nicht so leicht genommen werden darf, und Verf. wirft die Frage auf ob nicht neben dem Unvermögen zur Ausübung der ehelichen Pflicht, die Azoospermie, also das Unvermögen zur Zeugung, ein Ehescheidungsgrund werden könnte.

Im Ganzen also trägt in 31,5 % steriler Ehen der Mann die Schuld.

Bei den Fällen weiblicher Sterilität finden sich als Ursachen die bekannten, wie Stenose des Cervix, Verwachsungen, Retroflexio, Uterinkatarrh, Amenorrhoe. Anteflexio will Verf. nicht als Sterilitätsursache gelten lassen.

Zur Prüfung des Sims'schen Satzes von der gegenseitigen Abhängigkeit der Dysmenorrhoe und Sterilität untersuchte K., wie sich die Regel bei denselben Frauen vor und nach der Verheirathung verhielt, je nachdem die Ehe steril geblieben oder mit Kindern gesegnet war. Es ergiebt sich hier, dass bei sterilen Frauen die virginale Dysmenorrhoe nur um ein geringes Procenttheil häufiger war, als bei solchen, welche Kinder hatten. Es können also die Veränderungen der Genitalien, welche zur Dysmenorrhoe führen, durchaus nicht zugleich auch als Hindernisse für die Conception angesehen werden.

Sehr ausführliche Tabellen giebt Verf. über die Frage, ob diese Anomalien der Genitalorgane den Eintritt einer Conception verzögern können. Hier ergiebt sich die bemerkenswerthe Thatsache, dass 82,5 % der Eu- wie der Dysmenorrhoischen 240—500 Tage nach der Hochzeit niederkommen, und dass die wenigen verspäteten Erstgeburten sich ungleichmässig auf beide vertheilen.

Die weitaus häufigste Ursache für weibliche Sterilität ist nach K. in den Verwachsungen der innern Organe zu suchen, die Stenose des Cervix folgt erst im 2. Gliede, es ergiebt sich daraus die Aufgabe auf andern, als den bisher meist üblichen Bahnen, der Heilung der Sterilität näher zu kommen.

Grössere Beachtung als bisher geschehen, verdient jedenfalls der Modus und die Potentia coeundi und mehrere von Verf. kurz skizzirte Punkte. Durch Thierversuche wird man hier noch nähere Aufschlüsse erlangen können.

Daran schliesst Verf. einen Bericht von Versuchen über Azoospermie. Es wurden bei Kaninchen theils das Vas deferens, theils die Vasa spermatica, oder der ganze Samenstrang unterbunden, oder durch Injection von Essigsäure in das Vas deferens Entzündungserscheinungen erregt. Es wurde dadurch theils Samenstauung mit excentrischer Hypertrophie im Strang des Nebenhodens mit allmäligem Erlöschen der secretorischen Thätigkeit des Hodens, theils primäre Atrophie des Hodens erzielt. Die Verkleinerung des Hodens im

letztern Fall nach Unterbindung des Samenstrangs oder Entzündungserregung ist viel stärker als die nach Atrophie des Samengangs, worin vielleicht ein diagnostischer Anhaltspunkt für manche Fälle liegt.

Fehling (Stuttgart).

---

4. **Rauber** (Leipzig). Ueber den Ursprung der Milch und die Ernährung der Frucht im Allgemeinen.

Leipzig, **Wilhelm Engelmann,** 1879, mit 2 Tafeln.

Die alten Angaben, dass die Milch das Resultat des Zerfalls der Epithelien der Drüsenalveolen sei, und dass die Lymph- resp. die Blutflüssigkeit nur das Serum liefere, sind falsch. Bei fungirenden Brüsten findet man die Lymphgefässe strotzend erfüllt mit Lymphkörperchen, das Stroma reichlich mit Wanderzellen durchsetzt, in den Endbläschen der Brustdrüse genau dieselben Lymphkörperchen als in der Umgebung, neben diesen Uebergangsstufen von Lymphkörperchen zur Milch, die Epithelien der Drüsenalveolen dagegen zeigen weder Vermehrung noch Verfettung. Die Colostrumkörperchen sind Uebergangsstufen. Im Protoplasma der Lymphkörperchen treten Fettmoleküle und grössere Fettkörperchen auf, die Kerne zerfallen. Die Zellconturen verschwinden, die Fetttröpfchen werden frei. Demnach ist die fertige Milch eine transformirte Lymphflüssigkeit, und der Vorgang der Milchbildung ist am meisten dem der Eiterung verwandt. Das Fett der Milch geht durch die Spaltung von Eiweisssubstanzen aus Lymphkörperchen hervor. Das Drüsenepithel ist demnach nur der Ort wo die Lymphkörperchen in das Drüsenlumen durchpassiren. Dass ein Ferment, welches die Transformation bedingt, von dem Epithel abgesondert wird, ist wohl möglich.

Nimmt man nun an, was Verf. zum Theil wirklich nachgewiesen hat, dass Lymphkörperchen den Fötus ernähren, vielleicht auch weisse Blutkörperchen durch die Placenta von der Mutter zum Kinde dringen, so ist klar, dass nach der Geburt ein Ueberschuss von Lymphkörperchen vorhanden sein muss. Ein Hauptabzugscanal: der Fötus im Uterus fehlt, das Ernährungsmaterial wird gleichsam »nach der Hautoberfläche geworfen«, um weiterhin den Neugeborenen zu befriedigen. (Der Kenner der alten Puerperalfieberliteratur wird in diesen Sätzen die wissenschaftliche Bestätigung der uralten Ahnungen der Classiker wiederfinden. Ref.)

Nach dieser im Voraus die allgemeinen Gesichtspunkte klarlegenden Einleitung kommt Verf. zur Ernährung des Eierstocks-Eies. Es kommen betreffs des Wachsthums die grössten Verschiedenheiten vor, sowohl ist der Wachsthumscoefficient der Eier höchst verschieden als auch die Art und Weise wie das Ei wächst, z. B. wächst das Vogelei anfangs sehr langsam, während es dann plötzlich in wenigen Tagen rapid an Grösse zunimmt. Das Material für das Wachsthum liefert die Lymphe. Darauf weist die Umkränzung des Eies mit dichtgelagerten Gruppen weisser Blutkörperchen hin. Verf. glaubt, dass diese weissen Blutkörperchen sowohl ausserhalb des Eies aufgelöst

und als Substanz der Eizelle einverleibt werden, als auch, dass sie als Zellen einwandern und erst dann sich auflösen resp. Metamorphosen eingehen. Ausserdem liefert das Blut dem wachsenden Ei natürlich Flüssigkeit. Die Massenzunahme erfolgt also durch Zufuhr äusseren Materials. Verf. wendet sich nunmehr zur Frage von der Ernährung des Embryo. Ueber die präplacentare Zeit fehlen Angaben. Eine Beobachtung des Verf.'s ist geeignet die richtigen Gesichtspunkte zu eröffnen. Verf. sah nämlich im Dottersack junger Kaninchenembryonen aus der Zeit des ersten Kreislaufs grosse kuglige Elemente, die Dottersackkugeln genannt werden. Sie stimmen mit den Elementen des gelben Dotters des Hühnchens überein, und sind sicher nicht aus zurückgebliebenen Furchungskugeln des Dotters hervorgegangen. Verf. nimmt an, dass die Mutter dieses Ernährungsmaterial geliefert habe. Was die placentare Zeit anbelangt, so geben Gusserow's, Fehling's etc. Untersuchungen noch wenig Klarheit. Wahrscheinlich ist es ja, dass wenn der geringe Bedarf geformter Bestandtheile von der Mutter geliefert wird, später bei grösserem Bedarfe dasselbe stattfindet. Verf. suchte sich Aufschluss über die Mengenverhältnisse der weissen Blutkörperchen in Nabelvene und Nabelarterien zu verschaffen. Die Beschreibung der Untersuchungsmethode ist in dem Original nachzulesen. Das Resultat ergab einen Ueberschuss an weissen Blutkörperchen in der Vene. Auf 11 in der Nabelarterie kommen 12—13 in der Vene. — Nach allem wird also das Ei zuerst durch die Lymphzellen der Granulosa, dann durch die Dottersackkugeln, zuletzt durch die weissen Blutkörperchen, immer also (neben der Blutflüssigkeit) mit geformten Bestandtheilen ernährt.

Nachdem hierauf Verf. die Ansichten der Autoren über die Entstehung der Milch resumirt hat, beschreibt er den Bau des Drüsenkörpers. Es wird das Vorhandensein grosser perialveolärer Lymphräume (Kolessnikow) bestätigt, und zwar durch den Befund eines äusseren und inneren Endothels an den die Drüsenalveolen umspinnenden Capillaren. In diese perialveolären Räume gelangen Flüssigkeit und Blutkörperchen. In den Drüsenzellen selbst, welche ziemlich polymorph sind, fehlt es an jeder Ansammlung von Fetttröpfchen, die etwa als Vorstufe der Milch zu betrachten wäre. Das Epithel der Drüse ist also eine Dialysenmembran.

2 Tafeln mit übersichtlichen Zeichnungen sind beigegeben.

Das Referat ist zu kurz, um alle die interessanten Angaben und Beweisführungen des Verf.'s zu umspannen. Wir empfehlen die Lectüre des Schriftchens jedem Geburtshelfer als wichtig und interessant.

Fritsch (Halle a/S.).

---

5. **Fischel** (Prag). Ein Beitrag zur Histologie der Erosionen der Portio vaginalis uteri.

(**Archiv für Gynäkologie Bd. XV. p. 76.**)

Verf. hat wie Veit und Ruge vielfach Untersuchungen der Portio resp. der Erosionen an der Portio gemacht. Dabei hatte er

Befunde gehabt, welche die alte Annahme eines Epithelverlustes und einer Blosslegung der Papillen als richtig erscheinen liessen. Desshalb wundert sich Verf., dass Ruge und Veit die Theorie der Abrasion des Epithels für unhaltbar erklärten. Nicht nur bei alten Spirituspräparaten, sondern unzweifelhaft auch bei der Lebenden finden sich Stellen an der Portio, wo das Epithel verschwunden ist und in dieser Lücke oder sogar pilzförmig über sie hinaus, das unterliegende Gewebe gewuchert ist. Dabei sind die benachbarten Gefässe dilatirt, das Gewebe infiltrirt, entzündet. Verf. weist darauf hin, dass auch die Beschreibungen von Ranvier und Cornil das Vorkommen dieser Abrasionen stützen. Mayer's Schilderung wird für richtig anerkannt und ein mechanischer Grund der Abrasion für wahrscheinlich erklärt. Während diese Erosion sich überall auf der Portio finden kann, hängt die drüsige resp. Cylinderzellenneubildung direct mit dem Cervicalcanal zusammen. Verf. schlägt vor, diese Form adenomatöse Erosion zu nennen. Als zweite Hauptform bezeichnet er die papilläre Erosion und nimmt ausserdem Uebergangsformen: adeno-papilläre Erosionen an. Ruge und Veit's Beschreibungen passen am besten zur adenomatösen Erosion. Diese Forscher hatten angenommen, dass die untersten Schichten des Pflasterepithels zurückbleiben, selbständig zu wuchern beginnen und nun zu dem Befunde der adenomatösen Erosion führe. Verf. hält diese Ansicht für unhaltbar und betont mehr den entzündlichen als neoplastischen Charakter der Wucherungen. Die Richtigkeit der Angaben Roser's werden zum Schluss gebührend hervorgehoben. Die Details müssen in der sehr interessanten Arbeit nachgesehen werden.

Fritsch (Halle a/S.).

---

6. **Parsenow** (Rostock). Experimentelle Beiträge zur Ueberwanderung des Eies.

Inaug.-Diss., Rostock 1879.

Der Verf. geht zunächst kritisch die Fälle in der Literatur durch, welche eine äussere Ueberwanderung des Eies beweisen sollen. Dabei wird auf den Fall Leopold's, Archiv für Gynäkologie 1876. Bd. X, p. 248 näher eingegangen. Verf. stellt sich mit Entschiedenheit auf die Seite Ahlfeld's (Centralblatt für Gynäkologie, 1879 No. 4) und führt aus, dass in L.'s Falle »nicht allein die Möglichkeit einer inneren Ueberwanderung vorhanden, sondern auch die Voraussetzung der Möglichkeit einer Ovulation während der Gravidität zulässig« sei. Verf. kommt durch die Kritik der Fälle zu dem Resultate, dass beim Beweis der äusseren Ueberwanderung des Eies der Sitz des gelben Körpers nicht zu verwerthen ist.

Verf. stellte nun folgendes Experiment an: es wurde bei Kaninchen der eine Eierstock und der entgegengesetzte Uterus entfernt. Das Thier war vorher separirt und wurde nach Heilung der Wunde begattet. Bei den 25 Versuchen war das Resultat ein durch-

aus negatives. Cfr. dagegen Leopold's Mittheilung: Centralblatt für Gynäkologie 1879. No. 21. p. 510. L. kam zu positivem Resultat.

Fritsch (Halle a/S.).

---

7. v. **Weckbecker-Sternefeld** (München). Thrombus der äusseren weiblichen Genitalien.

Inaug.-Diss. unter v. Hecker's Präsidium. München 1879.

Ueber die Häufigkeit des Vorkommens dieser Affection gehen die Angaben der Autoren bedeutend auseinander. In der Münchner Kreis- und Localgebäranstalt wurde dieselbe unter 16435 Geburten 5 Mal beobachtet.

Drei dieser Fälle, wovon Verf., Assistenzarzt des genannten Instituts, einen genau selbst beobachtet hat, benutzt derselbe zu eingehender Besprechung der in der Literatur darüber niedergelegten Ansichten. Die Aetiologie anlangend verglich man den Thrombus schon mit dem Kephalhämatome, hier wie dort wird der Act der Geburt in erster Linie angeschuldigt; doch dürfte bei dem so seltenen Vorkommen dieser beiden Geburtscomplicationen (Kephalhämatom 0,1—0,7 %; Thrombus vaginae 0,02—0,06 %) wohl in erster Linie durch irrationelle Ernährung bedingte verminderte Resistenz der Gefässwandungen mit als ursächliches Moment heranzuziehen sein.

Varicen sollen keine Disposition geben.

Seine Fälle sind in Kürze folgende:

Eine 21jährige IIpara hatte nach 16stündiger Geburt spontan in Schädellage ein frühreifes Mädchen geboren. 12 Stunden nach der Geburt war eine spontan stehende, nicht unbeträchtliche Blutung eingetreten und liess sich innerlich vor der Portio gegen die vordere Wand ein hühnereigrosser Tumor, der auf Druck eine braune Schmiere entleerte, nachweisen. Die höchste Temperatur war am sechsten Tage 40,0. Am 15. Tage war nur noch eine Furche mit glattem Grunde im vorderen Scheidengewölbe zu fühlen. Die Behandlung hatte in Carbolirrigationen der Scheide bestanden.

Der zweite Fall betrifft eine 33jährige IVpara, an der vor Verbringung in die Anstalt bei Gesichtslage vergebliche Zangenversuche gemacht worden waren, wobei ausgedehnte Verletzungen der rechten grossen Schamlippe erfolgt waren, an der sich eine kindskopfgrosse, stark gespannte, mit geronnenem Blute gefüllte, nach Entleerung sich sofort wieder anfüllende Geschwulst fand. 1½ Stunden nach der schweren Wendung war die Frau, die schon vorher stark geblutet hatte, unter den Erscheinungen des Collaps verschieden.

Im dritten Falle drängte sich bei einer 32jährigen Ipara sofort nach der spontan in 13½ Stunden in Schädellage erfolgten Geburt eines frühreifen Kindes ein kindskopfgrosser zwischen der rechten grossen und kleinen Schamlippe sitzender Tumor aus der Schamspalte hervor. Sofort angewandte Eisüberschläge wurden nicht ertragen, daher nur Oelumschläge. Am 4. Tage erfolgte spontaner

Aufbruch. Am 15. Tage wurde die Pat., die nie gefiebert hatte, die Höhle war nun grösstentheils mit guten Granulationen erfüllt, entlassen.

Verf. giebt, an seine Fälle anknüpfend, zahlreiche epikritische Bemerkungen, aus denen nur noch das über die Behandlung des schon bestehenden Thrombus Gesagten gedacht werden soll: Von den Fällen abgesehen, in denen es gilt, den Thrombus als Geburtshinderniss zu beseitigen, oder in denen der Pat. der Tod durch innere Verblutung droht, ist die schützende Decke möglichst lange zu erhalten; zeigt sich dann ein Ort des Durchbruches, so ist dieser passend und leicht zu beschleunigen. **Herdegen** (Stuttgart).

Casuistik.

8. **Dahlmann.** Aus der gynäkologischen Klinik in Königsberg.

I. Ein Fall von gleichzeitiger Dünndarm-Scheiden- und Blasenscheidenfistel.

In den letzten 12 Jahren kamen 66 Patientinnen mit 71 Fisteln in Behandlung, die dieselben durch Geburten acquirirt hatten; 66 bestanden in Communication zwischen Geburts- und Harnwegen, 4 in Verbindung zwischen Scheide und Mastdarm; 3 der letzteren waren mit Blasenscheidenfisteln complicirt.

In dem 5. Falle handelt es sich um eine gleichzeitige Dünndarmscheiden- und Blasenscheidenfistel. Die 26jährige Frau hatte 3 Geburten glücklich überstanden; bei der 4. verschleppte Querlage, schwere Wendung mit nachfolgender schwerer Wochenbettserkrankung. Anfang der zweiten Woche wurde der Abgang von Koth und Urin durch die Scheide constatirt.

4 Wochen post partum wurde die Frau in einem sehr elenden Zustande aufgenommen; die Blasenfistel lag unmittelbar hinter der Symphyse und hatte 3 cm Durchmesser; die Darmfistel von etwa 1 cm Ausdehnung befand sich im vorderen Scheidengewölbe, unmittelbar vor der vorderen Muttermundslippe; sie liess den ganzen Darminhalt passiren, so dass per rectum absolut Nichts entleert wurde.

Durch fünfmaliges Aetzen mit Argentum nitric. wurde die Darmfistel zum vollständigen Verschluss gebracht, die Scheidenfistel so verkleinert, dass später nach der blutigen Anfrischung 5 Suturen zur Vereinigung genügten. Es erfolgte Heilung.

II. Ein Fall von Fibromyom der vorderen Vaginalwand. Exstirpation. Heilung.

43jährige, seit 2 Jahren verheirathete, sterile Frau mit regelmässiger Menstruation. Der Tumor war seit 2 Jahren allmälig aus der Vagina herausgewachsen. Die ihn überziehende Schleimhaut wurde au niveau des Introitus vaginae circulär durchschnitten und um die ganze Geschwulst mit Finger und Scalpellstiel fast ohne Blutverlust aus der sie locker einhüllenden Bindegewebskapsel ausgeschält. Um womöglich primäre Verheilung der Wunde zu erzielen, wurden die Wundränder mit Catgut aneinander genäht. Doch trat Jauchung ein und mussten die Suturen bald entfernt werden. Am 20. Tage wurde Pat. geheilt entlassen. Der Tumor hatte die Gestalt eines grossen Penis; der vordere Theil ähnelte wegen seiner länglichrunden Gestalt der Glans, der dahinter liegende Theil war etwas dünner, 19 cm lang, 15 cm im Umfang. Die ganze Geschwulst wog 180 g.

III. Geburt eines ausgetragenen Kindes bei Anwesenheit eines grossen Lithopädion.

Ref. hält die für die Diagnose »Lithopädion« angeführten Merkmale nicht für ausreichend. **Schwarz** (Halle a/S.).

9. **A. P. Beach** (Seville, Ohio). — Geburt eines Riesenkindes von 12 kg Gewicht. (Med. Record 1879. März 22.)

Vater des Kindes (M. V. Bates) in Kentucky gebürtig, 7 Fuss, 7 Zoll hoch, Mutter des Kindes geboren in Neuschottland, 7 Fuss, 9 Zoll hoch. Beide reisten zur Schau in den Vereinigten Staaten und Europa umher. Am 15. Januar 1879 wurde Verf. zu der Frau in ihrer 2. Entbindung gerufen. Muttermund wegen Länge der Scheide nicht zu erreichen. Wehen schwach, erst am 3. Tage sprang bei einer Untersuchung die Blase, und Fruchtwasser zur Menge von nicht weniger als 6 Gallonen floss ab. Von nun ab vollständige Wehenschwäche, II. Kopflage. Die Grösse des Kopfes und Länge der Vagina (hintere Wand 12 Zoll, vordere 7—9 Zoll) hinderte das richtige Anlegen und die Schliessung der Zange. Obgleich der Kopf fast geboren schien, so konnten die Schultern nicht entwickelt werden, und gelang dies erst durch starken Zug an einer um den Hals des (nun abgestorbenen) Kindes gewundenen Binde. Das Kind war männlichen Geschlechts, wog 23³/₄ Pfund; Länge 30 Zoll, Brustumfang 24″, Hüftumfang 27″, Kopfumfang 19″, Länge des Fusses 5¹/₂″. Die Nachgeburt wog mit Eihäuten 5 kg (10 Pfund). Mutter genas. Das erste Kind der Mrs. Bates wurde vor 6 Jahren in London todt geboren, wog 18 Pfund, und war 24″ lang.

Der Redacteur des Record fügt bei, dass Cazeaux die Geburt eines Kindes von 19 Pfund angiebt; im London Hosp.-Museum sei ein 24″ langer Fötus. Daher sei des Bates Kind vermuthlich das grösste, an dessen Geburt kein Zweifel herrscht.

P. F. Mundé (New-York).

10. **Mundé** (New-York). Erfolgreicher Fall von intravenöser Injection von »Beef peptone.«

(Verhandlungen der geburtshülflichen Gesellschaft von New-York 1879. April 1.)

Verf. theilt folgenden interessanten Fall mit: Pat., 47 Jahre alt, Mutter von 12 Kindern. Vor 2¹/₂ Monat wird das Evidement und Kauterisation des Cervicalcanals wegen blutender Granulationen gemacht. Einen Monat cessiren die Blutungen. Als ein Recidiv eingetreten war, wurde Paquelin, Acidum nitricum, Liquor ferri, Tannin, Jodoform, Acid. chrom, Bromalkohol etc. angewandt. Als Alles, auch Tamponade des Cervix, nichts nützt, sollte eine neue Ausschabung, höher hinauf, gemacht werden. Dabei trat wiederum enorme arterielle Blutung ein, sò dass der Tod imminent war. Es wurde schnell tamponirt. Dabei verweigerte die Pat. fast alle Nahrung. Deshalb dachte Verf. an Transfusion. Dr. George B. Fowler hatte experimentirt mit Beef-peptone, welche er ohne Schaden in die Venen von Katzen injicirt hatte. Es wurde deshalb die intravenöse Injection von Beef peptone beschlossen. Als eine Unze ungefähr in die Vena basilica eingeflossen war, bekam Pat., Hämmern und starken Druck im Kopf. Das Herz schlug lebhaft, aber Dyspnoe fehlte. Dieses Symptom wurde noch schlimmer während 2¹/₂ Unzen in die Vene einliefen. Man wartete 5 Minuten und injicirte noch 2¹/₂ Unzen. Jetzt wurde leider der Apparat unbrauchbar und es unterblieb die Fortsetzung der Operation. Zunächst fieberte und delirirte Pat. Vom nächsten Tag an aber erholte sie sich schnell, konnte jetzt auch Nahrung zu sich nehmen.

Der Fall ist der erste, bei dem intravenöse Injection von Peptone beim Menschen gemacht ist. Ausserdem ist auch die plötzliche, spontane, arterielle Blutung bemerkenswerth.

Dr. Pallen transfundirte 3 Mal wegen acuter Anaemie, 3 Mal trat der Tod ein. Redner glaubt, dass man viel mehr transfundiren müsse. M. will das nächste Mal 6 Unzen injiciren.

Fritsch (Halle a/S.).

11. **Berruti Giuseppe** (Turin): Kaiserschnitt mit Amputation des Uterus und der Ovarien. (L'indipendenze 1879. Nr. 19.)

Patientin war 31 Jahr alt, zum 1. Mal schwanger. Vom 4. bis 10. Jahr an Rhachitis leidend. Im 12. Jahr Fractur des untern Theils des rechten Femur, lernte erst im 12. Jahr laufen, doch bedarf sie stets einen Stock zum Gehen. Die untern Extremitäten sind stark deformirt, die Wirbelsäule verbogen, Becken nach

links geneigt, rechte falsche Rippe, berührt fast den Darmbeinkamm, links ein Zwischenraum von fast 3 cm. Entfernung der Spinae 21,3 cm, Cristae 21,1, Trochanteren 26. Promontorium stark vorspringend, Conjug. vera $5^1/_2$ cm. Beginn der Wehen in der 35. Woche der Schwangerschaft. Mehrere Stunden nach dem Blasensprung Operation streng nach Lister. Schnitt in der Linea alba. Incision des Uterus trifft den vordern Rand der Placenta, Extraction des lebenden Fötus, der Placenta. Schluss der Uteruswunde mit der Péan'schen Pincette, Hervorziehen des Uterus und der Ovarien und Durchführung eines gekrümmten Troikarts in der Höhe des Isthmus. Das Stilet wird herausgezogen und 2 starke Seidenfäden durchgeführt, die den starken Stiel nach beiden Seiten theilen und zum Unterbinden dienen. Trotzdem war es nöthig, nach der Abtragung von Uterus und Ovarien mit dem Köberle'schen Constricteur noch eine Metallligatur unterhalb der Fäden anzulegen, um die Blutung zu stillen.

Befestigung des Stiels im untern Wundwinkel. Dauer der Operation 35 Minuten. Lister'scher Verband, Heilung ohne besondern Zwischenfall in 14 Tagen.

Altschul (Frankfurt a/M.).

12. **Schwarz** (Halle). Ausreissung der ganzen Gebärmutter durch die Hebamme. Heilung. (Arch. für Gynäkologie Bd. XV. p. 107.)

Bei einer Frau, welche das neunte Kind schnell geboren hatte, trat eine Nachblutung ein, die Hebamme riss den Nabelstrang ab, holte manuell die Placenta. Da dieselbe sehr klein erschien, ging die Hebamme noch einmal mit Gewalt ein und brachte unter lebhaftem Schmerz, starker Blutung und Ohnmächtigwerden der Frau eine »Geschwulst« zu Tage: den nicht invertirten Uterus. Der jetzt gerufene Arzt constatirte sofort, dass der Uterus entfernt war, behandelte die Wöchnerin mit localer Desinfection. Die Wöchnerin genass. Der Uterus war mit grossen Stücken des Lig. lat. und der Tuben entfernt. Die Ovarien aber fehlen an ihm. Sie fungiren nicht mehr, sind also wohl doch entfernt oder in Narbenmassen functionslos geworden. Die Frau hat noch Geschlechtstrieb und ist vollkommen gesund. Sie lag nur 3 Wochen im Bett. Ein Jahr lang bestand eine colossale Polydipsie mit entsprechender Polyurie. Pat. trank täglich 15—20 l Flüssigkeit. Der Urin hatte keine pathologischen Bestandtheile. Nach einem Jahre verschwanden auch diese Symptome.

Dieser höchst interessante Fall ist der 5. Verf. konnte in der Literatur nur 4 Fälle finden: 1) Bernhardt, Siebold's Lucina Bd. I. p. 401. Heilung. 2) Wrisberg, Commentat. med. Bd. I. p. 435. Heilung. 3) Gaches, Prov. med. and. surg. Journ. 1845. No. 12. Tod unmittelbar nach der Geburt. 4) Breslau, De totius uteri etc. Dissert. München 1852. Heilung. **Fritsch** (Halle a/S.).

13. **Göz** (Tübingen). Ein Fall von Uterus bicornis mit rechtsseitiger Hämatometra, Hämatocolpos, Hämatosalpinx. Inaug.-Diss., Tüb., 1879.

Der Fall wurde auf Säxinger's Klinik beobachtet. Es ist der 5., den Säxinger behandelte. Nach dem Befunde wurde die in der Ueberschrift näher bezeichnete Diagnose gestellt. Es wurde die Operation beschlossen. Nachdem mit dem Trokart $1^1/_2$ Schoppen Flüssigkeit entleert war, wurde die Oeffnung mit dem Messer so erweitert, dass der Finger durchdringen konnte. 6 Tage ging alles gut. Da traten plötzlich Symptome einer heftigen Peritonitis ein. Pat. war eigenmächtig aufgestanden und dabei hingefallen. Tympanites war unbedeutend, aber Druckempfindlichkeit stark. Fieber wechselnd, nicht über 39,5. Der Verlauf war ein sehr schleppender, einmal gingen durch den Urin Blutgerinnsel, dann durch das Becken Eiter und Jauche ab. Decubitus entwickelte sich. Ferner rechts und links vereiternde Parotitiden. Erst $1^1/_2$ Monate nach der Operation erfolgte der Tod an Erschöpfung. Aus dem genau mitgetheilten Sectionsprotokoll ist hervorzuheben, dass sich in der Lunge Verkäsungen fanden. Von der Leber und Niere bis zur Symphyse herab reichte ein abgesackter Jaucheherd. Die linke Niere ist um das Doppelte vergrössert, die rechte fehlt völlig. Eine epikritische Vermuthung über dieses Fehlen findet sich in der Dissertation nicht. In der rechten Tube war die Perforationsstelle nachweisbar. Die Diagnose bezüglich des Verhaltens des Uterus wurde bestätigt.

Zum Schluss betont Verf., dass nach der Operation in derartigen Fällen erst recht die Gefahren beginnen. Nur in vereinzelten Fällen handelt es sich um Rückstauung des Blutes. Es wird wohl meist eine Blutung der Tubenschleimhaut stattfinden. Diese ist nach verschiedenen Autoren stets bei der Menstruation vorhanden. Glaubte man das nicht, so müsste man sie als vicariirend auffassen. Die gedehnte, unter centrifugalem Drucke stehende Uterusschleimhaut kann nicht bluten, somit kommt es bei der Blutansammlung in der Umgebung des Uterus zu vicariirenden Blutungen.

Therapeutisch muss die Operation sobald als möglich vorgenommen werden. Dann ist die allerschonendste und sorgfältigste Pflege nothwendig, um nachträgliche Berstungen mit ihren schädlichen, meist tödtlichen Folgen zu verhüten.

Fritsch (Halle a/S.).

14. **Potain** (Paris). Hysterische Hemianästhesie mit Contractur und Zittern der unteren Extremität.

(Mitgetheilt von G. Homole im Progr. méd. 1879. No. 27.)

Eine Frau von 55 Jahren litt seit ihrem 11. Jahre, zu welcher Zeit sie schon menstruirt war, an hystero-epileptischen Anfällen, welche bald mehr, bald weniger vollständig auftraten. Nach einem schweren Anfall am 14. Mai 1877 mit vollständigem Bewusstseinsverlust verfällt Pat. in einen langen Schlaf, aus welchem erwacht sie folgendes Bild darbietet: Abschwächung der Motilität in den rechten Extremitäten mit Unsicherheit der Bewegungen des Arms, rythmisches andauerndes Zittern des Beines und Contractur einzelner Muskeln in demselben, Hemianästhesie rechts und Abschwächung des Sehvermögens, des Gehörs, Geruchs und Geschmacks auf der linken Seite. Trotzdem, dass Pat. von Jugend auf hysterisch ist, wäre es unmöglich, die vorliegende Affection eine hysterische zu nennen, wenn nicht deutliche Erscheinungen von Transfert (welche bis jetzt allerdings als specifisch hysterisch gelten müssen Ref.) spontan und unter therapeutischen Einflüssen aufgetreten wären. Nach 4 Monaten wurde Pat. beinahe vollständig geheilt entlassen, um nach kurzer Zeit jedoch wieder die gleichen Erscheinungen darzubieten.

Engelhorn (Winnenthal).

15. **Dujardin-Beaumetz** und **Ch. Abadie**. Hysterische Blindheit. Metallotherapie und Elektricität. (Progr. méd. 1879. No. 28.)

Bei einem vorher vollständig gesunden und regelmässig menstruirten Mädchen von 16 Jahren, dessen Vater an einer Rückenmarkskrankheit litt, beobachteten die Verff. nach vorangegangenem Gefühl eines eingenommenen Kopfes den plötzlichen Eintritt totaler Erblindung. Die genaueste Untersuchung des Auges ergab keinerlei positiven Befund. Gleichzeitig bestand eine über die ganze Haut verbreitete vollständige Anästhesie. Unter Anwendung der Magneten und der Metallotherapie trat allmälige Besserung des Sehvermögens, sowie der Hautsensibilität ein. Doch verfiel Pat. während dieser Behandlung in einen eigenthümlich lethargischen Zustand. Als nun auch noch statische Elektricität angewandt wurde, hob sich nach wenigen Sitzungen die Seh- und Gefühlsstörung vollständig, doch blieb ein ziemlicher Grad von Lethargie bestehen und die vorher gute Schülerin hatte Mühe, mit den andern mitzukommen. Die Verff. betonen hauptsächlich die der Beobachtung bis jetzt vielleicht häufig entgangene vollständige hysterische Erblindung und die Heilung durch statische Elektricität, während durch Metallotherapie nur eine Besserung erzielt wurde. **Engelhorn** (Winnenthal).

16. **Pilat** (Lille). Hydropsie des Amnion. Zwillingsschwangerschaft Pygopagus. Tod des einen Fötus mit fettiger Degeneration desselben.

(Annal. de Gyn. 1879. August.)

35jährige IV para. Der Uterus war seit Beginn der Schwangerschaft immer sehr gross im Verhältniss zur Zeit desselben. Am Ende des 5. Monats wurde Zwillingsschwangerschaft diagnosticirt, jedoch waren nur an einer Stelle Herztöne zu hören. Schon im Beginn des 6. Monates war die Ausdehnung des Abdomens so bedeutend, dass die Athmung erschwert war und Oedem und Albuminurie auf-

traten. Auf strenge Milchdiät und Vichywasser trat Besserung ein, in der Mitte des 7. Monates trat die Geburt spontan ein. Beim Blasensprung fliessen 7—8 grünlich gefärbten Fruchtwassers ab. Nach Geburt der Brust trat ein Aufenthalt ein, bei der Untersuchung zeigte sich ein grosser Tumor vom Steisse der Frucht ausgehend, als Ursache; bei der Manipulation, ihn zu entwickeln, wurde der Fötus theilweise losgerissen. Der Tumor erweist sich als ein frühzeitig abgestorbner und fettig degenerirter zweiter Fötus eines Pygopagus.

Schellenberg (Leipzig).

17. **Johannovsky** (Prag). Ein durch Collummyom complicirter Geburtsfall. — (Prager med. Wochenschrift No. 32 und 34.)

Eine 42jährige Ipara lag seit 3 Tagen in der Geburt, das Fruchtwasser war 48 Stunden zuvor abgegangen, die Kindsbewegungen vor 24 Stunden erloschen. Das Kind lag in 2. Steisslage, der Muttermund war Kreuzergross, hart. Aus der Scheide kam ein übelriechender Ausfluss, beginnende Tympanitis uteri. Temperatur 40°, Puls 120°. Das Becken war weit. Jedoch trat trotz Carbolirrigationen und Vollbad kein Fortschritt in der Geburt ein, so dass Verf. zu Incisionen des Muttermundes griff. Nachdem dadurch die Oeffnung genügend weit war, schritt er zur Extraction des Steisses nach dem Vorschlag von Fritsch. Das Kind war schon stark in Fäulniss übergegangen, aus dem Uterus entleerten sich Fäulnissgase. Beim Versuch, die Nachgeburt zu lösen, fand sich ein grosses breitbasiges Myom an der rechten Wand des Corpus und Collum aufsitzend.

Der Tod erfolgte an allgemein septischer Peritonitis am 9. Tage, es fand sich eitrige Lymphangitis des Uterus, die Parametrien frei. Ausser dem kindskopfgrossen interstitiellen Tumor fanden sich noch mehrere kleinere, z. B. an der hinteren Wand des Fundus, die muskuläre Schicht darüber in jauchigem Zerfall.

Den Fall anlangend, empfiehlt Verf. sehr mit Fritsch die Anlegung der inneren Branche des Kranioklastes ins Rectum. Allgemeine Grundsätze aufzustellen ist nicht möglich, durch zu langes Warten war hier entschieden geschadet worden.

Fehling (Stuttgart).

18. **Valenta** (Laibach). Geburt eines Dicephalus tribrachius dipus.

(Memorabilien 1879. Hft. 6.)

Bei einer 34jährigen Vpara, die bis jetzt immer anstandslos geboren hatte, stand am Ende der zweiten Periode bei einfacher Steisslage die Geburt still. Auf Ergotin, das Kind war abgestorben, trat unter kräftigen Wehen der mässig grosse Rumpf bis zum Nabel aus. Durch energischen Zug, eine Ursache des erschwerten Austrittes konnte Verf. nicht finden, liess sich die nach hinten gelegene Schulter tiefer ziehen und der entsprechende Arm lösen und nun folgte sofort ein Kopf mit einem hinaufgeschlagenen Arme, diesem auf dem Fusse ein zweiter Kopf mit einem dritten Arme. Die Nachgeburt war durchweg einfach und normal, ebenso das Wochenbett. Die abgestorbene Frucht (2830. 41) entspricht äusserlich vollkommen dem in Figur 11 in Veit's Monographie (Volkmann 164—165) abgebildeten Dicephalus. nur ist sie männlichen Geschlechtes.

Das Becken besteht aus 2 halben Kreuzbeinen mit den entsprechenden Hüftbeinen. Das Zwerchfell bildet 3 Kuppeln. Die beiden Herzen liegen frei in einem Herzbeutel, die von ihnen abgehenden Aorten vereinen sich in der Höhe des ersten Lendenwirbels zu einem Stamme, dem entsprechend die beiden Ven. cav. infer. Lungen hat jeder Fötus zwei. Leber, Milz, Pancreas sind einfach, dagegen der Verdauungstractus bis zum Blinddarme, wo sich beide vereinen, doppelt. Das Urogenitalsystem ist einfach männlich.

Herdegen (Stuttgart).

19. **Tassius** (Birstein). Gesichtsgeburt.

(Memorabilien Bd. XXIV. Hft. 7.)

Verf., »hinter dem eine nicht unbedeutende Erfahrung in der Geburtshülfe liegt, berichtet uns über folgenden interessanten Fall:

Bei einer harmonisch gebauten, überhaupt äusserst günstig entwickelten Mehrgebärenden war zugleich mit dem Blasensprunge der Kopf aus dem Muttermunde »hervorgeschossen« und hatte sich in der Beckenhöhle das Gesicht vollkommen nach vorne eingestellt. Da manuelle Correctionsversuche sowie der Forceps erfolglos waren, so entschloss sich Verf. zur Wendung, »die nicht allein für den Geburtshelfer ein höchst mühevoller Act ist, sondern wobei noch aus den bekannten Gründen sehr häufig das Leben des Kindes zum Opfer gebracht wird.« Die Wendung des in unserem Falle schon vorher abgestorbenen Kindes gelang erst nach Anlegung der Schlinge an beide Füsse. Wochenbett günstiger, als Verf. erwartet hatte.

In »das Dunkel, das noch über den Ursachen der Gesichtsstellung herrscht,« sucht Verf. in höchst anerkennenswerther Weise Licht zu bringen. Vor Abfluss des Fruchtwassers ist ihm eine Gesichtsstellung gar nicht denkbar, hat sich aber eine grosse Blase gebildet, so kann unter besonders günstigen Umständen der Kopf wie aus der Pistole geschossen mit dem Gesichte voran ins Becken hereinspringen. **Herdegen** (Stuttgart).

20. Queen Charlotte's Geburtshaus, London.

(The Lancet 1879. Mai 17.)

Innerhalb 16 Wochen, die mit dem 10. Mai abschlossen, wurden die Todesfälle von 11 Müttern und 16 Kindern in dieser Anstalt verzeichnet. Die meisten Mütter starben an Septichämie, die Kinder an Erysipel.

Im Ganzen kamen in der Zeit vom 15. April — 10. Mai 59 Entbindungen vor. Das Spital ist jetzt geschlossen. Auch das General lying-in-Hospital in Lamseth ist seit September 1877 wegen einer Puerperalepidemie geschlossen und noch nicht wieder eröffnet. Ebenso war das City of London Lying-in-Hospital einige Zeit geschlossen. **Underhill** (Edinburg).

21. **C. Olcott** (Brooklyn). Fall von Kaiserschnitt mit Erhaltung der Mutter.

(Amer. Journ. of Obst. 1879. April.)

III. P., aet. 30. Geburtshinderniss ein kindskopfgrosses Fibroid, welches die Scheide so sehr ausfüllte, dass der Kopf nur mit Mühe erreicht werden konnte. Nach wiederholten, vergeblichen Zangenversuchen, 10 Stunden nach Beginn der Wehen, Sectio caesarea: Uterus contrahirt sich fest, keine Uterusnaht. 4 Abdominalnähte. Im fast fieberlosen Verlauf Phlegmasia alb. dol., schliesslich vollkommene Herstellung. **Banga** (Chicago).

22. **D. Fewsmith** jr. (Newark). Fall eines ein Jahr in einem Ovarialtumor zurückgebliebenen elastischen Katheters.

(Amer. Journ. of Obst. 1879. April.)

Im October 1877 wurde bei einer I para, aet. 24., nach mehrmaliger Punction einer Ovarialcyste vom Abdomen aus, die freie Eröffnung des Sackes von der Scheide aus vorgenommen und zur Erhaltung des Abflusses ein englischer Katheter eingelegt. Nach mehreren Tagen wurde derselbe von den Aerzten vermisst und dann angenommen, dass er abgegangen sei. Die Eiterung aus der Incisionsöffnung hörte jedoch nicht auf, und als Pat. nach Jahresfrist in F.'s Hände kam, entfernte er den aufgerollt in der Abscesshöhle liegenden Katheter, worauf der parametritische Eiterherd dauernder Heilung entgegenging.

Banga (Chicago).

Druckfehlerberichtigung: No. 22, p. 539, Z. 17 v. u. muss es heissen: unter 35 streng antiseptisch behandelten **30** = 86,%.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S. (Margarethenstrasse 5), an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart (Alleenplatz 3), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Dritter Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 15 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

N°. 24. **Sonnabend, den 22. November.** **1879.**

1. VIII. Sitzung der französischen Naturforscherversammlung zu Montpellier.

(Referat von Dr. **E. Hüter** in Strassburg i/E.)

Den 28. August 1879 wurde die erste allgemeine Sitzung durch eine Rede des Präsidenten Bardoux eröffnet. Zum Präsidenten der medicinischen Section war Prof. Potain aus Paris gewählt.

Der geburtshülflich-gynäkologische Theil dieser Section bietet, trotz vieler interessanter Details, nur wenig sehr bemerkenswerthe Vorträge.

Terrillon aus Paris sprach über die Carunculae urethrae beim Weibe, welche er, wenigstens in vielen Fällen, als Zeichen der Tuberkulose der Genitalien betrachtet. In drei von ihm in den Pariser Spitälern beobachteten Fällen erwies sich dieser Zusammenhang auf das Evidenteste.

Rouget aus Montpellier demonstrirte einige Zeichnungen und Präparate der inneren weiblichen Genitalien.

Courty (Montpellier) hielt einen Vortrag über die verschiedenen Metritiden und besonders über die Metritis chronica, deren Natur noch am wenigsten erkannt sei, und betont vor allem Anderen die Nothwendigkeit einer auf pathologisch-anatomische Veränderungen begründeten Eintheilung der verschiedenen Entzündungsprocesse des Uterus.

Liron (Marseille) theilt die Resultate seiner Experimente über die physiologische Wirkung der Salicylsäure mit. Diese Substanz wirkt auf das centrale Nervensystem; die Menge der ausgeschiedenen Kohlensäure wird vermehrt; die Muskeln contrahiren sich tetanisch und werden bald darauf vollständig gelähmt. Hieran schloss sich eine lange Discussion. Carrieu (Montpellier) hat klinisch einen Fall beobachtet, welcher ihm die Experimente von Liron zu bestätigen scheint. Clément hat nach Anwendung von grossen Dosen Salicylsäure weder tonische noch klonische Muskelcontractionen beobachtet. Bergeron (Paris) glaubt, dass die schlimmen Zufälle einer pathologischen Veränderung der Nieren zuzuschreiben sind.

Nach dem Vortrag von Chalot (Montpellier) über die Anwendung von Pilocarpin in der Augenheilkunde, theilen manche Mitglieder ihre Meinung über die betreffende Substanz mit und stimmen mit Chalot's Angaben vollständig überein. Circulationsstörungen, Ohnmachtszufälle selbst Todesfälle seien gar nicht selten. Massart (Honfleur) berichtet über einen Todesfall nach der dritten subcutanen Einspritzung von Pilocarpin bei einem an Ascites leidenden Patienten.

Dumas aus Montpellier (s. auch Montpellier médical 1879, No. 3) demonstrirt ein in Folge einer in den ersten Lebensjahren dicht unter dem Trochanter gemachten Oberschenkelamputation schräg verengtes Becken. Normale Geburt im 19. Jahre. 7 Tage später Exitus letalis an septischer Peritonitis. Bei normaler Beckenneigung steht der Stumpf des rechten Oberschenkels fast horizontal. Das Becken ist asymmetrisch und seine Höhe ist rechts kleiner wie links. Dist. spin. 0,26, Dist. crist. 0,25. Gerader Durchmesser des Beckeneingangs 0,11, querer 0,14, 1. schräger 0,135, 2. schräger 0,127. Dist. sacro cotyl. sinistra um 0,005 kürzer als die dextra. Leichte Verengerung des Beckenausganges. Diese geringe Asymmetrie erklärt Verf. durch den überwiegenden Rumpfschenkeldruck und den Muskelzug. Mit dem Nägele'schen Becken ist das Becken nicht zu verwechseln. Vom einseitigen Oberschenkelluxationsbecken unterscheidet es sich durch einige Merkmale, welche in jedem einzelnen Falle die differentielle Diagnose zu stellen erlauben, wie z. B.: »die Darmbeinschaufel ist bei beiden Beckenarten auf der kranken Seite steiler; beim Luxationsbecken ist aber die Pars ischiadica auf der kranken Seite, beim Amputationsbecken auf der gesunden Seite stark nach vorn und aussen rotirt u. s. w.« Da die Beckenform im ein-

seitigen Oberschenkelluxationsbecken verschieden ist, je nachdem die Luxation angeboren oder erworben und je nachdem die untere Extremität benutzt worden ist oder nicht, können wir mit den vom Verf. angegebenen Anhaltspunkten nicht übereinstimmen.

Mattei zeigt dann durch zahlreiche Beispiele, dass die Montpellier'sche Schule niemals die Geburtshülfe vernachlässigt hat.

Queizel und Rouvier theilen ihre statistischen Untersuchungen über die Menstruation in Marseille und in den Bouches-du-Rhône mit und sprechen über den Zusammenhang der Menstruation mit der Ovulation, welchen sie doch in manchen Fällen bezweifeln möchten; diese letzte Meinung wird von mehreren Seiten stark angegriffen.

---

2. **A. Krassowsky** (St. Petersburg). Die operative Geburtshülfe.

St. Petersburg 1879. 2. Aufl. gr. 8. 378 Seiten. 139 Holzschnitte im Text. (Russ.)

Vor mehreren Jahren begann Verf. die Herausgabe eines Lehrbuchs der praktischen Geburtshülfe. Der 3. Theil desselben liegt nun beendet vor und ist derselbe gemeinschaftlich mit dem neu aufgelegten 2. Theil unter obigem Titel veröffentlicht.

Bei der grossen Armuth der russischen geburtshülflichen Literatur an selbständigen umfassenden Werken ist das vorliegende Buch mit grossem Dank entgegenzunehmen und sind wir überzeugt, dass dasselbe wegen der Sorgfalt seiner Bearbeitung, der Sachlichkeit seiner Kritik, der klaren Form der Darstellung von den Lernenden mit Vortheil und gern benutzt werden wird.

Die Anordnung des Stoffes ist die für geburtshülfliche Operationslehren gebräuchliche: kurzer, historischer Abriss, dann im 1. Capitel Anzeigen, Vorhersage, Zeit, Verfahrungsweise im Allgemeinen, Instrumentarium, Kreissbett, Assistenz, Phantom. Es folgen I. vorbereitende, II. entbindende Operationen, III. Operationen an Nabelschnur und Mutterkuchen, IV. die gewaltsame Entbindung. — In Bezug auf die einzelnen Operationen erlaubt der Raum nur, in Kürze die Stellung des Verf. zu charakterisiren.

Die Episiotomie wird lieber zu häufig, als zu selten geübt. Ebenso ist Verf. ein lebhafter Vertheidiger der Incisionen des Muttermundes, für welche er vor und nach dem Blasensprunge eine ganze Reihe von Indicationen aufführt.

Die künstliche Frühgeburt leitet K. ein durch Kiwisch-sche Douchen, denen er früher Cohen'sche Injectionen, jetzt lieber die Application der Barnes'schen Tampons folgen lässt. Für ebenso gut erklärt er die Methoden von Simpson, Lehmann, Krause, Braun; der Pressschwamm wird als bedenklich für die Frau bezeichnet. In Bezug auf den Werth der künstlichen Frühgeburt spricht sich K. entschieden gegen Spiegelberg aus, dessen Statistik er als aussergewöhnlich schlecht bezeichnet. Die Indicationen werden aus-

führlich erörtert, unter sorgfältiger Berücksichtigung der grossen Literatur; natürlich fällt nach Obigem die Indicationsstellung recht freigebig aus. Im Anhang wird ein Fall von Geburtserregung bei Graviditas protracta erzählt, die nach K. 314 Tage gedauert hatte.

In Bezug auf künstlichen Abort wird die etwaige Wahl zwischen ihm und dem Kaiserschnitt nicht der Schwangeren überlassen, sondern vom Arzte verlangt. Als günstigste Zeit wird der zweite und fünfte Monat bezeichnet, weil im zweiten die Verbindung zwischen Uterus und Eileiter, im fünften die Muskulatur kräftig genug sei, um Blutung und Retention der Nachgeburt zu verhindern. — Als Indicationen behält Verf. 1) unstillbares Erbrechen, 2) nicht reponirbare Retroflexio uteri gravidi, 3) absolute Beckenenge nur in dem Falle, dass der Gesundheitszustand der Schwangeren jede Aussicht auf Erfolg des Kaiserschnitts versperrt.

Das Capitel Wendung enthält das Gute, Alte. K. hält noch fest an sorgfältiger Auswahl der Hand je nach der Lage des Kindes. Gegenüber der Methode von Braxton Hicks verhält er sich sehr skeptisch. — Die Entwickelung des nachfolgenden Kopfes durch gleichzeitigen Zug am Nacken und am Gesichte ist einzig der La Chapelle zugeschrieben, während wir gewohnt sind, die Namen Smellie, Saxtorph, Levret, Veit mit dieser Methode zu verknüpfen.

In der Geschichte der Zange vermissen wir die Erwähnung der neuesten Versuche zur Verbesserung des Instrumentes, besonders von Tarnier; der Gedanke, die Zugrichtung durch das Instrument selbst bestimmen zu lassen, ist doch anregend genug, wenn auch die Ausführung desselben noch ganz mangelhaft erscheint.

Die Grundsätze für die Anzeigen zur Zangenapplication sind formulirt, wie gewöhnlich; bei den Indicationen im Speciellen werden eine Masse einzelner Fälle aufgezählt, die gelegentlich die Anlegung der Zange erfordern können. In Bezug auf Beckenverengerungen geht aus K.'s Auseinandersetzungen nicht klar hervor, ob er die Zange anlegt erst nach Ueberwindung des Hindernisses oder zum Zweck derselben; wir finden als Bedingung für die Zange: »Das Becken darf nicht zu eng sein, nicht unter 3 Zoll«, und weiter die Bemerkung, dass Verf. bei noch beweglichem Kopf »die Wendung vorzieht«. — Bei nachfolgendem Kopf können nach Verf. die Hindernisse so bedeutend sein, dass die manuelle Extraction nicht schnell genug gelingt, besonders bei engem Becken oder zu grossem Kopf, — dann soll die Zange gebraucht werden. — Als Gegenanzeigen für die Zange werden genannt: übermässige Grösse des Kopfes, übermässige Kleinheit desselben (z. B. Hemicephalie), hoher Stand und Beweglichkeit desselben, Beckenenge dritten Grades.

Zur Perforation bemerken wir, dass Verf. eine entschiedene Vorliebe für den scherenförmigen Perforator von Blot bekundet und als Verkleinerungs- und Extractionsinstrument fast ausschliesslich den Kranioklast empfiehlt.

Zum Decapitiren wird nach Versuchen an Leichen vorzugsweise der Decapitator von Jacquemier empfohlen. Ebenso lobt Verf. zur Extraction des nachgebliebenen Kopfes vor allen andern die ebenfalls sehr complicirte Forceps-scie, weil dabei Verletzungen der Genitalien am meisten vermieden würden.

Bei der Exenteration sind die Extractionsmethoden nach Ausräumung der Körperhöhlen wohl etwas kurz behandelt.

Das Capitel Kaiserschnitt ist, wie sich von dem ersten Ovariotomisten Russlands erwarten liess, mit besonderer Vorliebe behandelt. Als absolute Indication gilt Beckenenge von weniger als 6 cm; bedingungsweis sind Indicationen: geringere Beckenenge, wenn die Mutter den Kaiserschnitt zur Erhaltung des Kindes fordert; Krebs des Uterus; Tumoren, die das Becken verengern. Verf. meint, dass die Erfahrungen über Ovariotomie und Hysterotomie auch die Anschauungen über Kaiserschnitt und seine Resultate erheblich modificiren werden.

Den Kaiserschnitt an Todten verwirft Verf., und will, um die Frucht zu retten, in der Agonie operiren.

Die Laparotomie bei Extrauterinschwangerschaft und Rissen des Uterus ist klar besprochen. Wir vermissen die Erwähnung der neuesten Arbeiten von Gusserow und Spiegelberg, die zur Klärung der Principien fürs Handeln nicht wenig beigetragen haben.

Bei den Nachgeburtsoperationen erwähnt K. mit Recht, dass viele Fälle von Accretio pl. nur scheinbare sind und bei genauerer Beobachtung sich als Retention durch andere Ursachen herausstellen. Wir halten die Betonung dieses Factums den Schülern gegenüber für sehr wichtig.

Vorstehende Bemerkungen betreffen nur die wenigen uns auffälligen Punkte; wir sprechen wiederholt die Ueberzeugung aus, dass das Buch einem lebhaft gefühlten Bedürfniss entgegenkommt, und dasselbe durch seinen Inhalt durchaus befriedigen muss. Letzterer wird zudem gewürzt durch manche Krankengeschichte und anderweitige praktische Bemerkung aus der reichen Erfahrung des Verf. Die Ausstattung des Buches ist tadellos.

E. Bidder (St. Petersburg).

---

3. **Chroback** (Wien). Die Untersuchung der weiblichen Genitalien und allgemeine gynäkologische Therapie.

Stuttgart, **Ferd. Enke,** 1879.

Verf. behandelt in sehr ausführlicher Weise die allgemeine Gynäkologie. Die Ansichten des Verf.'s über die verschiedenen Lagerungen, Sonde etc. sind durchaus unparteiisch und zeugen von einer sorgfältigen kritischen Benutzung der einschlägigen Literatur. Dem Wesen eines so breit angelegten Lehrbuches entspricht es auch vielerlei Dinge zu erwähnen, welche für die Praxis unwichtig sind. Dabei betont Verf. aber stets dasjenige, was der Praktiker bedarf, und em-

pfiehlt nur wirklich Gutes und wirklich brauchbare Apparate. Im Allgemeinen scheint der Verf. den Pressschwamm vor der Laminaria vorzuziehen, ohne aber letzteres Mittel etwa zu sehr herabzusetzen. Bei der Discission des Cervix beschreibt Verf. die Metrotome, erklärt sich aber — gewiss mit Recht — für Scheere und Messer. Die wirklichen Verengerungen betreffen zumeist den äusseren Muttermund. Verf. operirte circa 300 Mal, liess sich dabei vor Allem von der Rücksicht auf behinderten Secretabfluss leiten, d. h. es wurde nur operirt, wenn sich eine Dilatation oberhalb nachweisen liess. Die Ansichten des Verf.'s über die Operation bei Dysmenorrhoe und Sterilität beweisen, wie vorsichtig, scharf kritisch und unparteiisch Verf. das Wahre festzustellen sucht. Weder eine Verurtheilung der Operation noch eine zu grosse Werthschätzung findet statt.

Auch in Bezug auf die allgemeine Therapie erörtert Verf. mit grosser Gründlichkeit alle Methoden und Apparate. Man merkt auf jeder Seite, dass ein erfahrener Gynäkologe seine Rathschläge giebt. Es würde zu weit führen alles Einzelne im Referat zu erwähnen. Wir begnügen uns damit das Buch aufs wärmste zu empfehlen, es ist sowohl für den Anfänger eine gute Einführung in das Studium der Gynäkologie, als für den Gynäkologen von Fach ein ausgezeichnetes Nachschlagewerk. Den Werth des letzteren erhält es vor Allem durch die genauen Literaturangaben. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

4. **H. T. v. Becker.** Handbuch der Vaccinationslehre.

Stuttgart, **Ferdinand Enke**, 1879. 260 S.

Das vorliegende Handbuch der Vaccinationslehre von H. T. von Becker darf wohl mit Recht als eine zeitgemässe Arbeit bezeichnet werden. Nicht allein, weil hundert Jahre verflossen sind, seit Eduard Jenner sich unausgesetzt mit der wissenschaftlichen Erforschung der Vaccine befasste, sondern noch weit mehr, als die rührigen Bestrebungen der Impfgegner, die Bildung von Antiimpfvereinen und die zahlreichen Petitionen um Aufhebung der »Zwangsimpfgesetze« ein Aufgeben der vornehmen Passivität von Seiten der Sachverständigen erheischen dürften. Kein Wunder, dass der Segen der Impfung allmälig in Vergessenheit gerathen konnte, haben doch viele jüngere Aerzte nie einen Pockenkranken gesehen, geschweige denn eine bösartige Pockenepidemie mit erlebt! — Die Vaccinationslehre zerfällt in zwei Theile. Der erste Theil umfasst die Geschichte der Pockenseuche und die Geschichte der Impfung mit echtem Blatterngift p. 1—113. Der Schwerpunkt des Buches liegt jedenfalls in der Zusammenstellung der historischen Data; ein eifriges Qellenstudium und eine kritische Sichtung des Gegebenen macht sich überall geltend; mancher Irrthum, der sich von einem Handbuche zum andern überschleppte, wird berichtigt und der überwältigend reiche Stoff in dankenswerther Kürze frisch und lebendig verarbeitet. Der zweite Theil p. 116—260

beginnt mit der Entdeckung und Verbreitung der Vaccination, daran reihen sich die Capitel Impfschutz und Impfgegner — Gesetzgebung und Schutzpockenimpfung — und endlich die Pathologie der Schutzpockenkrankheit.

Betreffs des Deutschen Reichsimpfgesetzes vom 8. April 1874 glaubt Verf. p. 213 durch eine Correctur der §§ 8 und 9 dieses Gesetzes eine grössere Sicherheit der Impfpflichtigen herbeizuführen. Die Modificirung des § 8 würde Ref. nicht unterschreiben. Wesentlich würde die Aenderung des § 9 sein . . . »Jeder Handel, Verschleiss und jede Abgabe von Impflymphe von Seite nicht autorisirter Personen wird mit . . . . Mark Strafe oder . . . . Tagen Arrest belegt.« Verf. ist kein Freund der animalen Lymphe, er sieht in deren Anpreisung zum Theil nur eine Reclame speculativer Köpfe und vielleicht nicht ganz mit Unrecht. Der »praktische« Abschnitt über Impfung ist verhältnissmässig am spärlichsten bedacht. Die Capitel über Technik der Impfung, Symptomatologie und Pathologie der Vaccine haben jedenfalls in Bohn's Handbuch der Vaccination eine speciellere Beachtung gefunden. Die Impfstatistik wird nur, soweit es unumgänglich nöthig schien, berücksichtigt und der Leser mit kahlen Zahlenreihen verschont. Sehr übersichtlich sind die graphischen Darstellungen des Verhältnisses der Pockenerkrankungszahl zur Zahl der alljährlich Vaccinirten in der bayerischen Provinz Ansbach von den Jahren 1801—1816; sowie die graphische Darstellung der Altersdisposition für Variola vera bei vaccinirten und nicht vaccinirten Individuen während der Epidemie 1870—1872 nach den statistischen Berichten der Pockenspitäler zu Hampstead und Stockwell auf je 1000 Pockenfälle reducirt. — Die äussere Ausstattung des Buches lässt Nichts zu wünschen übrig. **Pott** (Halle a/S.).

---

5. **P. Kubassow** (St. Petersburg). Zur Frage über den Einfluss der Arzneimittel durch die Mutter auf die Frucht. Material für die zukünftige Therapie der Frucht im Uterus.

Inaug.-Dissert., St. Petersburg, 1879. 94 Seiten. (Russisch.)

Die Hälfte des Buches besteht aus sehr ausführlichen Referaten der Untersuchungen von Gusserow, Zweifel, Fehling etc., auf denen Verf. fusst. Er sucht zunächst den Einfluss der Narcotica auf den Fötalherzschlag bei Kreissenden zu bestimmen, wozu er natürlich möglichst gleiche Umstände wählt: Tageszeit, Gesundheit von Mutter und Frucht, Wehen, Kindesbewegungen, Geburtsperiode. Aus einer grösseren Zahl von Experimenten werden 5 mit Chloroform, 10 mit Chloralhydrat ausführlich berichtet. — Resultate: 1) Chloroform und Chloralhydrat, Schwangeren auch nur in mittlerer Dose gereicht, hat deutlichen Einfluss auf die Frucht. — 2) Die Wirkung beider Mittel scheint gleich. — 3) Sie kennzeichnet sich durch ein anfängliches Erregungsstadium (Vermehrung der Kindesbewegungen, Verstär-

kung und Beschleunigung der Herzarbeit), worauf Depression folgt: Herztöne dumpfer, Herzschlag langsamer, Bewegungen seltener und schwerer hervorzurufen. — 4) Die Wirkung tritt schnell ein, 5—10 zuweilen schon 3—4 Minuten nach Beginn des Versuches. — 5) Die Wirkung des Chloralhydrats per anum tritt rascher und stärker ein, als die des Chloroforms, auch bei voller Narkose. — 6) Bei einer 8 monatlichen Frucht trat nach 50 Gran Chloral, die in zwei Klystieren eingeführt waren, deutliches »Delirium« der Frucht ein. — 7) Im Nabelblute der Frucht liess sich jedes Mal Chloroform oder Chloralhydrat nachweisen. — 8) Bei der Mutter tritt nach Chloralhydrat ebenfalls leichte Erregung ein, nach 2—3 Stunden aber ein Zustand wie nach Digitalis und Sinken der Temperatur. — 9) Chloralhydrat per os wirkt auf die Frucht langsamer und schwächer, als per anum.

Weiter werden 8 Versuche mit Opiumtinctur, 5 mit Morphium und 2 mit Papaverin erzählt. Resultate: 1) Die Wirkung des Opium und seiner Alkaloide auf die Frucht ist deutlich. — 2) Der Effect tritt später ein als bei Chloral und Chloroform, dauert aber länger. — 3) Opium per os wirkt rascher und energischer als im Klystier. — 4) Es bewirkt eine deutliche, anhaltende Arythmie des Herzschlages. — 5) Verlangsamung des Herzschlages wurde nicht bemerkt. — 6) Ein Scrupel Opiumtinctur bewirkte Stillstand des Herzens (im Maximum auf 3 Secunden) und Aussetzen einzelner Schläge. — 7) Diese Wirkung des Opiums scheint vorzugsweise vom Morphium abzuhängen. — 8) Die Alcaloide wirken schneller, als die Opiumtinctur. — Alle benutzten Mittel haben keine an der geborenen Frucht nachweisbare Spuren hinterlassen, und unterscheiden sich dieselben in ihrem Verhalten nach der Geburt nicht von nicht narkotisirten Kindern.

Den Schluss der Arbeit bilden Controlversuche über die Methode, die Verf. zum quantitativen Nachweis von Chloralhydrat im Blute angewandt hat. Er destillirt dasselbe vermittels eines durch das Blut geleiteten Stromes von Wasserdampf, fängt es in einem absolut chlorfreien Kaliapparat auf, bestimmt die Chlormenge und berechnet darnach das übergetretene Chloralhydrat. Die Versuche zeigen, dass die Methode fast mathematisch genau ist.

E. Bidder (St. Petersburg).

---

6. **Eulenburg** (Greifswald). Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde.

Wien, **Urban & Schwarzenberg**, 1880.

Eulenburg's Unternehmen einer Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde herauszugeben, ist vielen Aerzten sicher höchst willkommen. Fast alle Länder haben ähnliche wissenschaftlich bedeutende Nachschlagewerke, während in Deutschland diese Art der Bearbeitung bis jetzt nie recht reüssirt hat. Wohl mit deshalb, weil der ganze Plan nicht grossartig genug angelegt war. Der Name des Herausgebers so wie die Namen der Mitarbeiter bürgen für die Güte

der einzelnen Artikel. Die geburtshülflichen und gynäkologischen Artikel werden von Bandl (Wien), Kleinwächter (Innsbruck), Greulich (Berlin), Pernice (Greifswald) bearbeitet, alles Autoren, deren zahlreiche Arbeiten auf einschlägigem Gebiet sicher das Beste versprechen.

Als einen Hauptvortheil verzeichnen wir, dass auch die forensische Seite unserer Disciplin berücksichtigt ist. Im ersten Heft hat Kleinwächter den Abort und das Absterben des Fötus in durchaus angemessener Weise behandelt. Hoffen wir auf ein möglichst schnelles Erscheinen des Werkes. **Fritsch** (Halle a/S.).

---

7. **W. A. Briggs** (Sacramento, Cal.). Ante-Partum Stundenglas- (Sanduhr-) Contraction der Gebärmutter.

(Pacif. med. and surg. Journ. 1879. Januar.)

Verf. erzählt einen Consultationsfall, in dem der behandelnde Arzt Querlage diagnosticirte und vergebens Wendung versuchte. Als Verf. gerufen wurde, fand er gesunde Viertgebärende (deren frühere Geburten alle leicht gewesen waren), normales Becken, Muttermund verstrichen, rechte Schulter vorliegend, rechter Arm vorgefallen, Herztöne nicht hörbar. Verf. führte die Hand ein, konnte aber weder Füsse noch Kopf erreichen, kam aber auf der linken Seite auf einen Widerstand, welchen er erst für den Fundus uteri hielt; plötzlich jedoch glitt sein Finger neben dem Halse des Kindes in eine, scheinbar im Fundus befindliche Oeffnung, welche Verf. erst zu seinem Schrecken für eine Ruptur hielt. Genauere Untersuchung zeigte jedoch, dass die Ränder der vermeintlichen Ruptur glatt und scharf waren, und sich bei einer Wehe zusammenzogen und die Hand drückten. Unter Aether wurde nun erkannt, dass der Zustand der einer krampfhaften Constriction der oberen Hälfte der Uterushöhle war, in welcher Kopf und Füsse des Kindes eingeschnürt waren. Nach etwa $^1/_2$ stündlich manueller Dilatation gelang es, diese Constriction zu überwinden und die Füsse zu erreichen. Die Wendung und Extraction des todten Kindes gelang dann leicht; die Placenta folgte, und Pat. machte ein gutes Wochenbett durch.

Verf. betont folgende Momente: 1) Das normale Becken und 4 frühere normale Geburten. 2) Die durch die Naturkräfte allein nicht zu entwickelnde Querlage. 3) Der frühe Tod des Kindes, möglicherweise in Folge der Zuschnürung von Hals und Nabelschnur. 4) Das Emporsteigen des Os int., welches wenigstens Handbreit oberhalb der Symphyse war. 5) Die grosse Verlängerung des Cervix, dessen Höhle mit der Vagina den ganzen Körper, Schenkel und Arme des Kindes enthielt. 6) Die bedeutende Verengerung des Os int.

Verf. bespricht nun den wohlbekannten Mechanismus der Erweiterung des Cervicalcanals und die dieselbe bewirkenden Muskelkräfte (1. Contraction der Längsmuskel, wodurch der Cervix über den vorliegenden Theil emporgezogen wird; 2. Contraction der ganzen Ute-

rusmuskulatur, wodurch a) das Ei als Keil in den Cervicalcanal getrieben, b) der intrauterine Druck vermehrt wird) und die Kräfte, welche die Erweiterung erhalten (1. Längsspannung der Gebärmutterwunde, 2. Aussendruck des Fruchtwassers, oder nach dessen Abgang, 3. Resistenz des Fötus) und geht dann über auf die Bedingungen, welche eine Wiederkehr der ursprünglichen circulären Orificialconstriction hervorrufen würden: 1) Abgang des Fruchtwassers; 2) Verminderung der Längsspannung der Gebärmutterwunde durch a) Erweitrung und Emporsteigen des Os ext., b) Verlängerung des Cervix, c) Fixation des Os int. und Corpus uteri durch die Adnexa des Uterus; 3) Anhäufung der Circulärfasern durch Verkürzung des Gebärmutterkörpers.

Eine Zusammenstellung von 13 Fällen dieses Geburtshindernisses (7 Hosmer[1]), 3 Elliot, 3 Reamy) zeigt, dass in der grossen Mehrzahl ein Missverhältniss zwischen Becken und vorliegendem Kindstheile bestand, Verf hielt es daher für erwiesen, dass dieses Missverhältniss eine Hauptrolle in der Entstehung der Stundenglas-Contraction spielt. 1) Es verlängert die Geburt und giebt Zeit für die grosse Dehnung des Cervix. 2) Es hindert das Tiefertreten des Fötus, und die Längsrichtung der Wehen wird zur Dehnung des Cervix anstatt zur Vorwärtsdrängung des Kindes verwendet.

Aus dem Vorgehenden zieht Verf. folgende Schlüsse: 1) Strictur oder Stundenglas-Contraction des Uterus findet selten oder nie vor Abfluss des Fruchtwassers statt, oder vor der Ueberwindung der Längsspannung der Uteruswände durch Erweiterung und Emporsteigen des Os ext. und bedeutender Verlängerung des Cervix. 2) Als Hauptursache der abnormen Verlängerung des Cervix und daher der Strictur muss ein Missverhältniss zwischen den Dimensionen des vorliegenden Theiles des Kindes und denen des Beckens angesehen werden. 3) Stundenglas-Contraction, ob ante- oder post-partum, bedeutet nicht nothwendigerweise eine als Tetanus uteri oder Krampf bekannte Störung der Muskelthätigkeit des Uterus, und ist in einigen Fällen wenigstens das mechanisch-physiologische Resultat obengenannter Verhältnisse. 4) Strictur in mehr oder weniger ausgesprochenem Grade ist vermuthlich viel häufiger eine Ursache schwerer Entbindungen als bisher angenommen wurde.

Nach Verf. besteht die Prophylaxe in 1) Vermeiden der zu frühen Blasensprengung; 2) Beseitigung, so weit möglich, aller Hindernisse für die Expulsion des Kindes aus der Gebärmutter; 3) Zange oder Wendung, ehe der Cervix zu sehr verlängert wird. — Therapie: Verf. erwartet nicht viel von Anaestheticis und Narcoticis und Aderlass zur Ueberwindung der Strictur, manuelle Dilatation der Strictur in der Narkose, wenn möglich; erst dann Versuch zur Zangenextraction oder Wendung und Extraction an den Füssen. Gewaltsame Wendungsversuche bei bestehender Strictur können leicht Uterus-

[1]) Ref. im Centralblatt 1879.

ruptur verursachen. Erst wenn diese Mittel fehlschlagen, sind Craniotomie, Embryotomie oder Sec. Caesarea in Betracht zu ziehen. Letztere wird besonders bei lebendem Kinde und bedeutendem Raum- und Grössenverhältnisse indicirt sein.

P. F. Mundé (New-York).

---

8. **W. Schlesinger** (Wien). Zur Architektonik des weiblichen Beckens.

(Wiener med. Blätter 1879. No. 31, 32.)

Nach Eröffnung der Bauchhöhle, Ablösung des Peritoneums und des darunter liegenden Zellgewebes sticht Verf. einige Centimeter weit vom Scheideneingange eine Canüle ein, um durch dieselbe eine Leimsolution zu injiciren; bei einem andern Experimente bleibt das Peritoneum intact. Bei dieser einfachen Methode gewinnt man durch die nur das Zellgewebe infiltrirende Masse eine genauere Einsicht in die Architektonik der fibrösen Lamellen und membranösen Zellstoffausbreitungen des weiblichen Beckens.

Die von C. Langer als Fascia pelvina (Pars pariet. fasc. int. pelvis, Luschka) beschriebene Binde überzieht das kleine Becken, dessen Boden, also das durch den Levator ani gebildete Diaphragma proprium und ist durch straffes Bindegewebe an die durch die Spalten des Diaphragma nach aussen tretenden Beckenorgane geheftet.

Ein zweites tiefer liegendes, selbständiges Blatt zweigt von diesem ab, zieht quer gegen die Mitte zu den Beckenorganen und bildet mit dem Ueberzuge des Diaphragma einen konischen Raum, der physiologisch Zellstoff, Nerven und Gefässe birgt, durch pathologische Exsudate und Ergüsse jedoch vergrössert und erfüllt werden kann. Diese letztere Fascie wird mit C. Langer als F. endopelvina (Pars visceralis fasc. int. pelvis, Luschka) bezeichnet. Weiterhin wird wenigstens dem tiefen Blatte der Fasc. perinei prof. des Weibes ein durchaus selbständiger Ursprung zugeschrieben, so dass dasselbe mit den zwei bereits angeführten Fascien nur durch die an Vagina und Urethra abgegebenen membranösen Hüllen in Verbindung tritt.

F. König hat über die Bedeutung der Spalträume des Bindegewebes für die Verbreitungsbahnen der entzündlichen Processe (Sammlung klin. Vorträge No. 57) mit specieller Berücksichtigung der im Puerperium auftretenden Entzündungen der Beckenorgane, sowohl am Sectionstische wie experimentell mittels ähnlicher Injectionen wie W. Schl. gearbeitet. (Referent.)

Felsenreich (Wien).

---

9. **M. Duncan** (London). Ueber Urinretention.

(Med. tim. and gaz. 1879. vol. II. No. 1529. Oct. 18. p. 439.)

Namentlich die bei Frauen vorkommende Urinretention findet Berücksichtigung. Durch Wiederresorption von Urinbestandtheilen kann Urämie und Eklampsie bewirkt werden.

In der Blase entsteht sie durch Obstruction der Urethra und zwar in Folge von angeborener Strictur derselben, von Krebsentwickelung, von Retroversio uteri gravidi, bei welch letzterer die Retroversion die Retention bedingt und umgekehrt diesejene verschlimmert. Die häufigste Ursache ferner ist Druck des Kindskopfs im 2. Geburtsstadium; geht dieses rasch, in wenig Stunden, vorüber, so ist die Urinretention unschädlich, sie wird aber wichtig, wenn es sich sehr in die Länge zieht. Selten endlich ist Extrauterinschwangerschaft Grund der Urinstauung in der Blase. Ausser der Obstruction der Urethra veranlasst noch Nervenerkrankung: Hysterie, Geisteskrankheit, Fieber diese Urinretention in der Blase, sowie auch abnorme Construction der Blase selbst.

In den Ureteren kommt Urinretention namentlich vor bei der Schwangerschaft, und neuere Untersuchungen lassen annehmen, dass sie eine grosse Rolle bei Entstehung der nervösen Erscheinungen in derselben spiele. Zumal wird der rechte Ureter betroffen und zwar einestheils wegen der rechtsseitigen Lagerung des graviden Uterus, anderentheils wegen der anatomischen Lage des rechten Ureters selbst. Allerhand Tumoren der weiblichen Genitalien, peritonitische und parametritische Exsudate können die Compression des oder der Ureteren verschulden, welche gewöhnlich erweitert sind, wie auch oft das Nierenbecken.

Die Symptome der Urinretention in der Blase sind bekannt, die derselben in den Ureteren weniger. D. betrachtet als constant ein ziehendes Schmerzgefühl in den Seiten nach den Leisten hin; ferner ist verdächtig Eintritt nervöser Störungen.

Die Behandlung der ersten Art ist die Katheterisation, doch warnt D. eindringlich davor, sie bei Hysterischen vorzunehmen. Dagegen ist die Behandlung der Urinretention in den Ureteren noch mangelhaft und werden gewiss eintretende Nervenalterationen, bei Fibroiden z. B., mit Wahrscheinlichkeit auf eine solche zurückzuführen, zur Operation drängen. **Lühe** (Belgard).

---

10. **Zweifel** (Erlangen). Ueber die verschiedenen Ursachen der Incontinentia urinae bei Frauen.

(Bayerisches ärztl. Intelligenzblatt 1879. Nr. 30 und 31.)

Die Incontinentia urinae ist ein verschiednen Krankheitsbildern zugehöriges Symptom. Verf. sucht an seinem Material eine Reihe solcher vorzuführen. Eine sehr häufige Ursache sind 1. Harnfisteln, wovon 7 Fälle aufgezählt werden. Sämmtliche wurden theils nach der Methode von Bozemann, theils nach der von Simon operirt. Zum Anfrischen ist die von Bozemann bequemer, zum Nähen und zur Vereinigung die von Simon. Bozemann's Methode möchte Verf. daher nicht so ganz verwerfen. Die 7 Fälle werden kurz skizzirt.

Die Aetiologie anlangend, zeigen diese Fälle, dass in der Mehrzahl frühzeitiger Blasensprung und zu spätes Handeln des

Arztes Schuld sind, mehr als instrumentelle Hülfe. In solchen Fällen ist der Werth pflichttreuer Hebammen, die nicht zu lange säumen, nicht hoch genug anzuschlagen, Verf. will lieber solchen, als den Lehrtöchtern Preise aussetzen. Von Einfluss auf Entstehung von Fisteln ist Blasenüberfüllung und Darreichung von Secale cornutum. Die Symptome, die durch den Druck des Kopfes entstehen, äussern sich in Anschwellung des Muttermundes, der Vagina und der Schamlippen, ferner Krampfwehen, Schmerzhaftigkeit der Blasengegend, zuweilen Entleerung blutigen Urins, Fieber.

Eine 2. Veranlassung giebt das längere Liegenlassen von Zwanck-schen Pessaren, wovon Verf. 2 Fälle erlebte. 3. Stricturen der Harnröhre, theilweise syphilitischer Natur gehen häufig aus Geschwüren, Entzündungen hervor. Wahrscheinlich kommt es dabei häufig zum Schwund des cavernösen Gewebes der Harnröhrenschleimhaut. Weiter kommt Functionsunfähigkeit der Sphinkteren nach Ueberanstrengung vor; Verf. führt einen, dem von Fürst beobachteten (s. Centralblatt Nr. 20), ähnlichen Fall an, wo er mit Faradisation und Tinct. nucis Heilung erzielte.

Endlich werden noch Blasenkatarrh und Neubildungen als Ursache für Incontinenz aufgeführt. **Fehling** (Stuttgart).

---

11. **Romiti** (Siena). Angeborene Enge der Gefässe (ipoplasia vasale) bei Chlorotischen.

(L'Imparziale 1879. Juli 15.)

Verf. will stets bei Sectionen von hochgradig chlorotischen und amenorrhoischen Mädchen die Aorta eng, die Intima derselben hier und da fettig infiltrirt, das Herz klein, die Wände des linken Ventrikels stark verdickt gefunden haben. Verf. kann auch durch eigene Erfahrungen den Zusammenhang mit puerperaler Endocarditis bestätigen.

Lange nicht so häufig als diese Gefässanomalie findet man bei Chlorose und Amenorrhoe eine mangelhafte Entwicklung des Genitalapparates. Wo diese beiden Zustände zugleich vorkommen, ist die Enge der Gefässe als Ursache der unvollkommenen Entwicklung des Genitalapparates anzusehen.

Einige Befunde werden zum Belege angeführt.

Liebman (Triest).

---

12. **Kehrer** (Giessen). Entstehung und Prophylaxe der wunden Warzen.

(Beitrag zur klin. und experimentellen Geburtsh. und Gynäkologie Bd. II. Hft 1. **E. Roth,** Giessen.)

Für das Verständniss der Entstehung wunder Warzen ist Kenntniss des Mechanismus des Saugens nothwendig. Zuerst wird die Warze gefasst, in die Mundhöhle hereingezogen, ohne dass bei normaler Zungenlänge der Unterkiefer mit der Warze in Berührung

käme. Beim 2. Act wird die Warze wieder kürzer und zieht sich aus der Mundhöhle zurück. Durch diesen Mechanismus wird die Aussaugung der Milch bewirkt. Durch die je nachdem vorkommende Zusammenpressung der Warze zwischen den Kiefern, ihre Reibung am harten Gaumen, ihre Benetzung mit Milch, Mundschleim kommt es zu den bekannten Verletzungen der Warze, den Schrunden etc., die Verf. als Blasenexcoriation, halbkreisförmiges Seitengeschwür, Spitzenerosion, locale Fissur ätiologisch unterscheidet und auseinander hält.

Von Einfluss auf die Entstehung solcher ist die Energie, die Häufigkeit, Dauer des Saugens, die physikalischen Eigenschaften der Warze. Nach den meisten Autoren sind Erstgebärende besonders ausgesetzt; mit Winckel's Angaben, wonach Schrunden ebenso oft bei Mehr- wie bei Erstgebärenden vorkommen, stimmt Verf. nicht überein, besonders nicht mit der Art und Weise der gewöhnlichen Berechnung.

Er sichtet sein Material nach Land- und Stadtbewohnerinnen, giebt für jede die Zahl der Kinder, die Zahl der gestillten Kinder, die Häufigkeit der entstandenen Schrunden, Drüsenentzündungen. Es ergiebt sich hieraus, dass Mammaaffectionen so häufig sind, dass die Hälfte aller Frauen in einem Wochenbett an einer solchen leidet.

Brustaffectionen, wesentlich Schrunden, sind bei Städterinnen um 20 % häufiger als bei Bäuerinnen; meist allerdings sind sie auf die 1. Laktation beschränkt. Schrunden finden sich im 1. Wochenbett 2 Mal, Mastitiden 3 Mal so häufig wie später. Die grössere Morbidität der Städterinnen an Warzenaffectionen kommt her von geringerer Milchmenge bei denselben, schlechter entwickelten Brustwarzen, dünnerer Haut, grösserer Vulnerabilität derselben u. s. w.

Prophylaktisch empfiehlt sich daher bessere Ernährung der Stillenden von Anfang an zur Erzielung reichlicherer Milch; Hervorziehen der Warzen in der Schwangerschaft, zu welchem Zweck K. seinen Hebammen neben den weithalsigen Sauggläsern 1 cm im lichten haltende sogenannte Formgläser giebt.

Besonders wichtig ist consequentes frühzeitiges Anlegen von Gummihütchen an die Warze. Beispielsweise litten im Jahr 1877 von 122 stillenden Frauen 22,95 % an Warzenerkrankungen, im Jahr 1878, wo alle von Anfang an mit dem Warzenhütchen stillten, bei 103 nur 6,6 %. Doch sollen in der Praxis dieselben nicht immer von Anfang an angewendet werden, sondern nur bei kleinen, flachen Warzen, dünner, borkenbesetzter Haut etc. Daneben empfiehlt sich Auflegen von in Glycerin getauchten Compressen, dagegen ist eine prophylaktische Bestreichung der Warzen in der Schwangerschaft mit adstringirenden Mitteln von zweifelhaftem Werth.

Fehling (Stuttgart).

---

13. **Dohrn** (Marburg). Zehn Ovariotomien.

(Deutsche med. Wochenschrift 1879. No. 40.)

Von November 1878 bis Juni 1879 in der Marburger Klinik ausgeführt. Die letzten 8 unter Lister'schen Cautelen. Sämmtliche

Fälle endeten mit Genesung (6 Mal ohne Fiebersteigerung) der Stiel wurde immer versenkt, Drainage niemals angewendet. Die Fälle, welche tabellarisch zusammengestellt sind, zeigten mehrfach verschiedene Complicationen. Besonders zu erwähnen ist der folgende: 45jährige Frau, seit 2 Jahren steril verheirathet, seit 3 Jahren nicht mehr menstruirt; vor $^{3}/_{4}$ Jahren nach Anstrengung Schmerz im Leib, der anhielt und dem Anschwellung des Abdomens folgte. Harn- und Stuhlbeschwerden. Erste Untersuchung ergab eine linksliegende bis zum Nabel reichende fluctuirende kuglige Geschwulst, beweglich, nicht schmerzhaft. Uterus retroflectirt.

Diagnose: linksseitiger Ovarialtumor wurde durch die Punction bestätigt. Rasche Füllung der Cyste. Operation. Es zeigte sich nun, dass es sich um eine Cyste zwischen den Blättern des Mesenteriums der Flexura sigmoidea handelte. Excision eines Theiles der Wand und Einnähen in die Bauchwunde. Heilung nach 4 Wochen. Verf. hält es am wahrscheinlichsten für eine Dermoidcyste.

Schellenberg (Leipzig).

---

14. **Schücking** (Harzburg). Die Blutmenge der Neugeborenen. Ein neuer Beitrag zur Abnabelungstheorie.

(Berliner klin Wochenschrift 1879. No. 39.)

Schon in einer früheren Arbeit hatte Verf. in Betreff der Angabe Welcker's, dass das Verhältniss der Blutmenge zum Körpergewicht des Neugeborenen auf $^{1}/_{19}$ zu bestimmen sei, Zweifel geäussert. Er giebt jetzt die Resultate seiner im Verein mit Marchand angestellten Untersuchungen. Die Methode war die Welcker'sche, nur dass das Blut durch einen continuirlichen, unter starkem Druck stehenden Strom von 0,6 % Kochsalzlösung von der Carotis aus ausgespült wurde. Er fand, dass die Blutmenge des Neugeborenen eine ziemlich variabele ist; die grössten Differenzen im Gewicht stellen sich zwischen dem Blut der sofort und dem der später abgenabelten Neugeborenen heraus. Die Blutmenge der sofort abgenabelten beträgt im Mittel $^{1}/_{15}$ die der später abgenabelten $^{1}/_{10}$ des Körpergewichtes. Die Welcker'sche Bestimmung erscheint als an einem abnormen Fall ausgeführt. Die Blutmenge der Neugeborenen scheint bei steigendem Körpergewicht nicht nur relativ, sondern auch absolut zu wachsen.

Verf. ändert seinen früher ausgesprochenen Satz, dass das Reserveblut die Hälfte des Gesammtblutes betrage, dahin um, dass es etwa ein Drittel ausmache. **Schellenberg** (Leipzig).

---

15. **Lossen** (Heidelberg). Zur operativen Behandlung des Prolapsus, der Vagina und des Uterus.

(Berliner klin. Wochenschrift 1879. No. 40.)

Nach einer kritisch-historischen Einleitung über die mechanische und operative Behandlung der Prolapse berichtet Verf. über 9 von

ihm operirte Fälle, in denen er die Kolporrhaphia anterior und posterior principiell in einer Sitzung vorgenommen hat und zwar, weil sich die Frauen schwer zu einer zweimaligen 3—4 wöchentlichen Bettlage entschliessen und dann, weil die Dehnung der Scheide, welche die zweite Operation unbedingt erfordert, das Resultat der ersten vereitelt. Die Einwände sind nicht stichhaltig: die Operation dauert höchstens $2^1/_2$ Stunde, die Blutung ist bei sorgfältiger Unterbindung jedes Gefässes gering; die Nähte von carbolisirter Seide können 2—3 Wochen liegen bleiben, die unteren werden entfernt, die oberen kann man sich selbst überlassen.

Verf. beschreibt dann kurz sein (antiseptisches) Operationsverfahren und die Nachbehandlung und stellt zum Schluss seine Fälle tabellarisch zusammen. Resultate gut.

Schellenberg (Leipzig).

---

16. **Sänger** (Leipzig). Zum anatomischen Beweise für die Erhaltung der Cervix in der Schwangerschaft. Mit Abbildung.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XIV. Hft. 3.)

S. stellt sich in dieser noch obschwebenden, interessanten Frage auf die Seite von P. Müller und Langhans und bekämpft namentlich die Küstner'schen Angaben mit grosser Lebhaftigkeit.

Er spricht unter anderem die Vermuthung aus, dass Küstner in seinem 1. Präparate anstatt der vermeintlichen Decidua cervicalis wahrscheinlich eine wahre Decidua vor sich gehabt, dass er die Epithelien von langgezogenen, eröffneten, muldenförmigen Drüsen der ampullären Schicht für einen wohlerhaltenen Saum von Epithelien der Oberfläche der obersten, compacten Schicht angesehen habe u. s. f. Auch den Umstand, dass Küstner in seinem 3. Falle durch Abschaben von einer Partie der Schleimhaut unterhalb der Chorioninsertion und oberhalb des Müller'schen Ringes »hochzelliges Cylinderepithel mit unzweideutigem dichten Besatze von Flimmerhaaren« gewonnen hat, hält S. noch lange nicht für dessen Ansichten beweisend. Nur darin stimmt er ihm bei, dass das Hauptgewicht bei der Beurtheilung des wahren Verhaltens der Cervix in der Schwangerschaft gegenüber dem Cavum uteri immer auf die streng verschiedene Beschaffenheit der Schleimhaut von Cervix und Uterus zu legen und namentlich an der scharfen Epithelgrenze zwischen beiden festzuhalten sei.

Im Anschluss an diese polemische Kritik theilt Verf. einen Fall mit, der die aufgestellten Behauptungen beweisen soll.

Derselbe betraf eine 25jähr. II gravida, die unter den Erscheinungen acuter hochgradiger Anämie in die Anstalt gebracht wurde und nach 3 Stunden starb. Sectio caesarea post mortem.

Portio $1^1/_2$ cm lang, ohne Einrisse, Cervicalcanal für den Finger durchgängig, ca. 4 cm lang, innerer Muttermund deutlich fühl-

bar, ringsum die fest ansitzende Eihautspitze. Leichte Wehen waren vorausgegangen, Placenta praevia oder tiefer Sitz nicht vorhanden.

Sectio caesarea (Prof. Credé) 5 Minuten post mortem. Kind bereits todtenstarr, auf etwa 35 Wochen taxirt.

Die Cervix hatte sich ebenso wenig von oben her trichterförmig erweitert, als die Eihäute abgelöst waren, oder anderswo anklebten als auf der Decidua vera des wahren unteren Uterinsegmentes, welches sich schroff von der völlig intacten Cervix absetzte, deren einziger, innerer Muttermund sich selbst nach Wegnahme der Eihäute nicht einmal durch eine vertiefte Höhlung oder etwa eine wallartige Ringleiste für das Auge zu erkennen gab.

Die Grenze zwischen Cervicalschleimhaut und Decidua vera war schon makroskopisch scharf ausgesprochen, sie wurde durch die mikroskopische Untersuchung im vollsten Maasse bestätigt.

Verf. ist demnach der Ansicht, dass der »Müller'sche Ring« bis zum Beginn der Geburt etwas Stabiles sei und er sich mit dem anatomischen inneren Muttermunde decke, dass er erst mit beginnender Geburt anfange labil (Fritsch) zu werden und nach abwärts zu wandern.

Schwarz (Halle a/S.).

---

17. **Epstein** (Prag). Ueber septische Erkrankungen der Schleimhäute bei Kindern.

(Prager med. Wochenschrift 1879. No. 33—35.)

Das Krankheitsbild der zahlreichen der Sepsis in der Findelanstalt zum Opfer fallenden Kinder ist verschieden. Bekannt ist, dass Kinder schon in utero inficirt werden, Verf. hält dies auch in der Weise für möglich, dass das Kind in der Schwangerschaft inficirt werde, ohne Infection der Mutter, weil es dazu viel kleinerer Mengen bedürfe. Ein Beweis hierfür fehlt, Verf. meint vom Fruchtwasser aus. Häufiger entstehen septische Erkrankungen während der Geburt, am häufigsten nach der Geburt und zwar dann vom Nabel aus. Eine Phlebitis ist hier selten, meist zieht sich der Eiterungsprocess längs der beiden Arterien hin.

Ein weiterer Infectionsweg ist der von der Schleimhaut der Mundhöhle aus. Diese ist physiologischer Weise in den ersten Lebenstagen in starker Abstossung begriffen. Er erinnert an die »Bednar'schen Aphthen« ohne, wie es scheint, Moldenhauer's im Arch. für Gynäkologie Band VII hierüber veröffentlichte Arbeit zu kennen. Meistens allerdings heilen die dort entstandenen Erosionen ab, es kann aber auch an diesen Stellen zu tiefer greifender Nekrose kommen, wobei sich dann in den Gewebsmaschen colossale Mengen von Micrococcen finden. Auch andre Epithelverluste in der Mundhöhle, so die in der Rasche aus verstopften Drüsen entstehend, können durch Infection gefährlich werden.

Zuweilen exulceriren auch die feinen Kieferränder, auch hier kann

es dann zu Pilzeinwanderung kommen, oder es entstehen auch Geschwüre am Zungenbändchen, wahrscheinlich durch Pilzeinwanderung in die Bartholin'schen Drüsengänge. Häufig wird ein solcher nekrotischer Herd im Mund der Ausgangspunkt einer Infection. Daher ist die Lösung des Zungenbändchens, die mechanische Entfernung des Soor eine nicht so ganz gleichgültige Sache.

Häufig tritt dabei eitrige Entzündung der benachbarten Drüsen auf. Selten sind Fälle von septischem Croup der Schleimhaut; so fand sich bei einem schwächlichen, 14 Tage alten Kind neben einer starken ekfoliativen, eine Schwellung der Mund- und Rachenschleimhaut mit graulichem Belag auf verschiedenen Stellen, bei der Section ein croupöser Belag an Epiglottis, im Oesophagus, Magen. Bei 2 andern ebenfalls zu Grunde gegangenen Kindern fand sich eine Auflagerung von Faserstoff auf die Schleimhäute, in der obersten Schicht derselben die Epithelien von Micrococcen durchsetzt.

Obwohl häufig unter dem Bild der Diphtherie verlaufend, sind die Fälle anatomisch doch nicht zur Diphtherie zu stellen, da Klebs Microsporum diphtheriticum fehlt.

Verf. nimmt daher bei Säuglingen einen septischen Katarrh, einen septischen Croup, und eine septische Diphtherie an. Der septische Katarrh der Mundhöhle ruft häufig einen hartnäckigen Katarrh des Magens mit Erbrechen grünlich gelber Massen hervor, oder es schliesst sich daran ein Darmkatarrh an, wie solche trotz Ammenbrust häufig in der Findelanstalt beobachtet werden. Bezeichnend dafür ist, dass in der Findelanstalt solche Diarrhöen nicht Sommers, sondern häufiger im Winter vorkommen, da hier in engen Räumen weniger Lüftung stattfindet.

Die von Winckel als Cyanosis afebrilis icterica perniciosa cum Hämoglobinuria bezeichneten Fälle hält er für acute Septichämie, er hat solche mehr sporadisch gesehen. Beim Fehlen einer Infection vom Nabel aus hält er in solchen Fällen die vom Verdauungstractus aus für sicher.

Eine septische Affection der Schleimhaut der weiblichen Genitalien bei Neugebornen ist selten.

Endlich führt Verf. die meisten Ophthalmien auf septischen Ursprung zurück. **Fehling** (Stuttgart).

---

18. **Grünbaum.** Ueber das Verhältniss des mütterlichen Kopfes zum kindlichen.

Inaug.-Diss., Berlin 1879.

Verf. konnte auf Grund zahlreicher in der geburtshülflichen Klinik der Charité vorgenommenen Messungen im Allgemeinen den Fasbender'schen Satz bestätigen, dass der Kindskopf im verkleinerten Maassstabe ein Abdruck des Mutterkopfes ist. Ferner zeigte sich, dass bei fast sämmtlichen Durchmessern das kindliche Maass zu dem mütterlichen ungefähr wie 0,6 : 1 sich verhält. Man wird also das

wahrscheinliche Maass des kindlichen Kopfes finden, wenn man die bei der Mutter gefundenen Maasse mit 0,6 multiplicirt — ein gewiss interessantes aber im Einzelfalle für die Praxis wenig verwerthbares Resultat der Durchschnittsberechnung, wie Verf. mit Recht hervorhebt. **Runge** (Berlin).

---

19. **Kroner** (Breslau). Erfahrungen über Pilocarpin vor und im Geburtsbeginne.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XV. Hft. 1.)

Sänger hatte in diesem Archiv, Bd. XIV. Hft. 1 über die Wirksamkeit des Pilocarpins folgende, bisher von keiner Seite bestätigte Sätze aufgestellt: »Pilocarpin wirkt nur intra partum praematurum (immaturum?) ekbolisch.«

»Pilocarpin wirkt wehenanregend und verstärkend kurze Zeit vor und während rechtzeitiger Geburt.« »Bei mehr oder minder verstrichener Cervix, grübchenförmigem oder auch weiter eröffnetem Muttermunde, wie in der »latenten Geburtsperiode« (vom 280—265. Tage oder noch weiter zurück) kommt ohne vorherige bewusst gewordene Wehen auf Pilocarpin die Geburt sofort in Gang.«

Die in der Breslauer Klinik über Pilocarpinwirkung kurz vor und im Beginne mehr oder minder rechtzeitiger Geburt sowie bei künstlicher Frühgeburt gemachten Erfahrungen, stellen die allgemeine Gültigkeit obiger Sätze sehr in Zweifel.

Es wurde das Pilocarpin versucht in 4 Fällen von rechtzeitiger Geburt resp. im Beginne der Eröffnungsperiode, aber ohne jeden sichtbaren Effect. Zu demselben negativen Resultate führten die Versuche in drei weiteren Fällen, in welchen der Geburtsbeginn unmittelbar bevorstand.

Das Pilocarpin wirkte also kurz vor dem Geburtsbeginne weder wehenerregend, noch wehenverstärkend.

Als Frühgeburtsekbolicum erwies sich bei einer gesunden Gravida Pilocarpin nahe ante terminum unwirksam, bei Complication mit Nephritis desgleichen. **Schwarz** (Halle a/S.).

Casuistik.

20. Aus der geburtshülflichen Gesellschaft zu Dublin. Sitzung vom 1. März 1879.

(The obst. Journ. of Great Britain and Ireland No. LXXIX, October 1879, p. 458.)

Atthill berichtet über einen Fall von Ovariotomie. Beim Einschneiden des Peritoneums und Einführen einer Leitungssonde kam Cysteninhalt zum Vorschein und es wurde die Oeffnung in der Cyste constatirt, welche A. für entstanden durch Spontanruptur beim Brechact zu Anfang der Einwirkung von Aether hielt. An der betreffenden Stelle war die Cystenwand sehr dünn. Adhäsionen brauchten nicht gelöst zu werden, die Operation wurde antiseptisch unter Thymolspray ausgeführt. Peritonitis — Tod. (Nach Ansicht des Ref. ein neuer Beweis von der ungenügenden Sicherheit des Thymols!). —

Derselbe zeigt einen neuen Kephalotribe vor von Jam. Smith aus Belfast dessen Branchen gefenstert sind, länger und doppelt gekrümmt sind, wie die der Barnes'schen Zange. Er und Prof. Dill haben dieses Instrument mehrmals mit gutem Erfolg angewandt und ziehen ihn dem gebräuchlichen von Hicks und Kidd vor.

Kidd referirt einen Fall von Stirnlage, in welchem er sich genöthigt sah, den Kephalotrib anzuwenden, da der Kopf der Zange durchaus nicht folgte. Aber auch dem Zug des Kephalotribs folgte er nicht, obgleich das Gehirn ausgeflossen war. Daher drehte K. das Instrument um, was mit einem Ruck von Statten ging; nun gelang die Extraction. **Lühe** (Belgard).

21. Aus der geburtshülflichen Gesellschaft zu Edinburg. Sitzung vom 12. Febr. 1879.

(The obst. Journ. of Great Britain and Ireland No. LXXIX. October 1879, p. 447.)

Berry Hart liest einen Aufsatz über 2 mediale Verticalabschnitte des weiblichen Beckens in Bezug auf die normale Stützung des Uterus und des Prolapsus Uteri, welcher in folgenden Sätzen gipfelt: 1) Das jungfräuliche Beckendiaphragma ist ein ununterbrochenes fleischiges Lager ohne Höhlungen darin; 2) es kann betrachtet werden als durch den Vaginalschlitz in einen vorderen und einen sacralen Theil getheilt, die sich anatomisch und physiologisch unterscheiden; 3) der Uterus ruht antevertirt auf diesem Lager, unabhängig von ligamentöser oder anderer Stütze und seine Lippen sind befestigt, die eine an die vordere, die andere an die hintere Hälfte des Beckenbodens; 4) Prolapsus Uteri wird dadurch veranlasst, dass die vordere Hälfte über die hintere hinweggleitet, der Uterus steigt nie von selbst herab, sondern wird herabgezogen; 5) vermehrtes Gewicht des Uterus leitet von selbst niemals den Prolaps ein, sondern dessen 3 Factoren sind: a) Verlust des Zusammenhangs zwischen den beiden Abschnitten, zumeist in Folge von Zerreissung des Dammes; b) Verlust des Tonus im vorderen Abschnitt; c) intraabdomineller Druck. — Die folgende Discussion bietet kein Interesse. **Lühe** (Belgard).

22. Aus dem Kings-College Hospital (Station des Dr. Duffin), Fall von septischer Pneumonie mit Thrombose der Uterinvenen, der Vena cava infer. und femoral. dextr.

(Med. Tim. and Gaz. vol. II. 1879. No. 1518, 2. August, p. 123.)

Frau von 38 Jahren, hat mehrmals geboren, zuletzt am 23. April 1879, aufgenommen am 16. Juni mit Fieber, Diarrhöe, Husten, Frösten; Uterus, welcher während der Gravidität prolabirt aber mühelos sogleich reponirt war, wieder prolabirt; an der Vorderwand der Vagina Geschwür durch Druck der vorderen Muttermundslippe, fötider Ausfluss, Infiltration des linken unteren Lungenlappens. Bei Fortdauer des Fiebers und der Infiltrationserscheinungen erfolgt unter stets erneuten Schüttelfrösten der Tod am 30. Juni. Section ergiebt Thrombose der Uterinvenen der rechten Seite, welche sich in die rechte Schenkelvene und Vena cava inf. fortsetzt, Zerfall der Thromben; eitrige Pleuritis, keilförmige, hämorrhagische Infarcte und Abscesse bis zu Wallnussgrösse, zumal in der linken Lunge, Uterus »normal«. (Dieser Fall, an sich einfach genug, ist auffällig wegen der späten Entstehung der puerperalen Pyämie über 2 Monate post partum; oder sollte das Vaginalgeschwür, über dessen Aussehn Nichts gesagt ist, der Ausgangspunkt gewesen sein? Ref.) **Lühe** (Belgard).

23. **L. Joseph** (Landeck). Ueber die Beziehungen von Dermatosen zu Genitalerkrankungen des Weibes.

(Berl. klin. Wochenschrift 1879. No. 37.)

1) 27jähriges Fräulein mit bedeutendem Emponpoint, seit dem 13. Jahre regelmässig mit geringer Dysmenorrhoe menstruirt, leidet seit 2 Jahren an einem zur Zeit der Menstruation auftretenden Erysipelas fascii et manuum, der 2—14 Tage

anhält, ohne Fieber verläuft und mit beträchtlicher lappenförmiger Desquamation endigt; sonst keinerlei Functionsstörungen. Mariakreuzbrunnen ohne Erfolg.

2) 29jähriges Fräulein leidet seit Jahren an nervösen Beschwerden, Hemicranie etc., ohne Genitalstörung, seit 2 Jahren in Folge einer Erkältung traten während der Menstruation Menorrhagien und Dysmenorrhoe auf, verbunden mit einer Urticaria-Eruption an den oberen und unteren Extremitäten. Dabei nahmen die nervösen Erscheinungen und allgemeinen Störungen, Mattigkeit, Obstructio alvi immer mehr zu. Bäder zu Landeck, Stahlwasser, Priessnitz'sche Umschläge besserten den Zustand vollständig.

3) 24jährige Frau, früher regelmässig menstruirt, seit 7 Jahren verheirathet, 4 Mal geboren, zuletzt vor 2 Jahren, im 3. Wochenbett Unterleibsentzündung. Jetzt Menstruation $4\frac{1}{2}$ wöchentlich mit heftigen kolikartigen Schmerzen, starkem Blutverlust, nachher Schleimabgang und jedesmal mit einer Urticaria-Eruption, namentlich am Hals, Rücken und Armen. Dabei nervöse und allgemeine Störungen. Uterus gross, schlaff, retroflectirt, Cervix nach links fixirt. Am Orificium uteri ein papilläres Ulcus. Kissinger Rakoczy, Landecker Bäder und Douchen, örtliche Application von Argent. nitr. Milchdiät. Besserung der Menstruationsanomalien und des Allgemeinzustandes. Urticaria im Gleichen.

4) 30jährige Frau, 2 Mal geboren, zuletzt vor 6 Jahren, Menstruation regelmässig sehr reichlich. Vor 16 Monaten Unterleibsentzündung nach kalten Injectionen während der Menstruation, lag 16 Wochen zu Bett. Grosse Reizbarkeit, allgemeine Körperschwäche. Seit Anfang vorigen Jahres leidet Pat. an einem mit Defluvium capillorum einhergehendem Eczema capitis, das zur Zeit der Menstruation regelmässig starck exacerbirt. Uterus antedextroflectirt, Portio gross, nach links fixirt. Landecker Bäder und Douchen. Das Allgemeinbefinden bessert sich sehr. Das Eczem verschwindet in den Intervallen, tritt aber während der Menstruation immer wieder auf.

Die 3 letzten haben verschiedenes Gemeinsame, zunächst die Menorrhagie und Dysmenorrhoe und als unmittelbare Folgen davon Innervationsstörungen, die wohl auf eine mangelhafte Ernährung der Nervenelemente zurückzuführen ist. Die materielle Grundlage, welche die Menstruationsanomalien bedingt, ist in allen Fällen gegeben. Metritis chronica und Parametritis chronica fibrosa, ausserdem Flexionen in einem Fall ein Ulcus, nur ist gerade die parametritische Narbe sehr geeignet, Circulationsstörungen hervorzurufen und Reflexneurosen auszulösen, sowohl im cerebralen, spinalen, sympathischen als auch namentlich im System der trophischen Nerven, deren Existenz allerdings noch nicht allgemein anerkannt ist.

Der erste Fall ist vorläufig einer Erklärung noch nicht zugänglich.

Schellenberg (Leipzig).

24. L. **Sokolowsky** (St. Petersburg). Fall von Ovariotomie.

(Medicinsky Westnik 1878. No. 9.)

Cystoma multiloculare des rechten Ovarium, nie punktirt, das nach der Exstirpation $20\frac{1}{2}$ Pfd. wog. Bauchschnitt 14 cm lang, und endigt 6 cm oberhalb der Symphyse, um das Cavum Retzii mit seinem lockeren Bindegewebe nicht zu eröffnen. Eine Adhäsion wird mit Seide unterbunden, ebenso der Stiel in 4 Portionen und versenkt, durch den Douglas ein dicker Drain gezogen, durch welchen 2 Mal täglich ein Pfund Chlorwasser gespritzt wird. Am 14. Tage der Drain entfernt, nach 3 Wochen Pat. gesund entlassen.

S. hat noch 3 zum Theil schwere Ovariotomieen mit glücklichem Erfolge ausgeführt, den er vorzugsweise der Drainage und der durch dieselben bewerkstelligten Desinfection der Bauchhöhle zuschreibt. **E. Bidder** (St. Petersburg).

25. **Scarga** (St. Petersburg). Fall von Mangel des Uterus und der Ovarien.

(Medicinsky Westnik 1879. No. 37.)

27jährige, seit 4 Jahren verheirathete Frau, nie menstruirt, nie Molimina. Wohlgebauter weiblicher Körper, äussere Genitalien ganz normal. Vagina ein $2\frac{1}{2}$ cm tiefer, eingestülpter Blindsack. Im Becken, das sich per anum (combinirte

Untersuchung, leicht durchstossen lässt, ausser einigen nicht zu classificirenden Strängen, keine Spur von Uterus oder Ovarien. Die Möglichkeit nur rudimentärer Bildung bleibt natürlich offen. **E. Bidder** (St. Petersburg).

26. **Cullingworth** und **Ewart** (Manchester). 2 Fälle von Hämatocele retrouterina. (Med. times and gaz. 1879. vol. II. No. 1526. Septbr. 26, p. 368.)

2 Fälle von Hämatocele, beide punctirt und entleert, beide mit glücklichem Ausgang, der eine per vaginam, der andere durch die Abdominalwandungen, der eine durch einen Fall, der andere durch einen Abort entstanden. Beidemal wurde mit der Hohlnadel operirt und der Tumorinhalt aspirirt, im ersten Fall aber musste die Punction später trotz antiseptischer Ausspülungen noch einmal mit einem stärkeren Troikart wiederholt werden. **Lühe** (Belgard).

27. **T. Machattie.** Hämorrhagie ante partum, plötzlicher Tod (Poliklinik des Edinburger Gebärhauses).

(Med. tim. and gaz. 1879. vol. II. No. 1526. Septbr. 27. p. 369.)

Bei einer Frau tritt die 9. Entbindung 3 Wochen zu früh ein und dabei entsteht ganz plötzlich eine tödtliche Hämorrhagie, ohne dass vorher irgend Abnormitäten sich gezeigt hätten, so dass der prakticirende Student die Kreissende eine Weile verlassen hatte. Die Blutung war jedenfalls durch zu frühzeitige Lösung der Placenta enstanden, und schon bei der vorigen Entbindung hatte sich eine, wenn auch schwächere Blutung ante partum gezeigt. **Lühe** (Belgard).

28. **K. Thornton.** Entfernung eines grossen fibro-cystischen Uterustumors mit Ausgang in Genesung.

(Med. Tim. and Gaz. 1879. vol. II, No. 1529, Octbr. 18, p. 444.)

Vor vier Jahren Entwickelung eines Uterusfibroids; plötzlich in den letzten $^3/_4$ Jahren starkes Wachsthum zugleich mit Kräfteabnahme. Die Weichheit und unbestimmte Fluctuation lassen die Diagnose auf ein Fibroma molluscum stellen. Es wird eine Explorativincision von 2″ Länge gemacht und constatirt, dass es sich um einen gestielten, halb soliden, halb cystischen Uterustumor handele. Die Cysten werden entleert, Adhäsionen gelöst, der Stiel mit einer Spencer Wells-schen Klammer gesichert, damit versenkt, Wunde ganz vernäht ohne Einlegung eines Drains, Alles unter strengen antiseptischen Cautelen, ebenso Nachbehandlung. Es stellt sich hohes Fieber ein, am 3. Tage wird eine Flüssigkeitsansammlung im Recto-Vaginalraum entleert, Eiskappe auf den Kopf, Ernährung per Clysmata.

Die Geschwulst wies sich in ihrem soliden Theil nahe dem Uterus als stark mit Serum durchtränktes Fibrom aus, während der cystische Theil ein Cystosarcom war. Verf. glaubt, dass sich letzteres in jenem erst entwickelt habe und dass das plötzliche Eintreten starken Wachsthums den Zeitpunkt dieses Uebergangs der homöoplastischen in die heteroplastische Geschwulstbildung markirt habe.

Lühe (Belgard).

29. **Cullingworth.** Vaginale Blutcyste; Entleerung, Genesung.

(The obst. Journ. of Great Britain and Ireland No. LXXIX. 1879. October, p. 438.)

Nach einer Zwillingsentbindung hat sich ein kleiner Tumor am Introitus entwickelt, welcher, an Grösse innerhalb $2^1/_2$ Jahren gradatim zunehmend, anfangs leicht, zuletzt nur schwer reponibel, schliesslich das Sitzen unmöglich machte. Derselbe erwies sich als von gesunder Vaginalschleimhaut überzogen, von der linken Wand ausgehend, blasenartig, reponibel, ohne Zusammenhang mit den Beckeneingeweiden und entleerte bei der Punction dunkle syrupartige Flüssigkeit in der Menge von 5 Unzen = 150 g. Nun collabirte der Sack, und nach geringem eitrigem Ausfluss trat baldige Genesung ohne neue Anfüllung des Sackes ein. Die Flüssigkeit war Blut. **Lühe** (Belgard).

30. J. M. Kitchen (Indianopolis). Fall von verlängerter Schwangerschaft. (Amer. Pract. 1878. Dec.)

Primipara, 28 Jahre. Letzte Menstruation gegen Ende Nov. 1877; Coitus zwischen 15. und 25. Dec. 1877, nicht einige Monate vorher (wegen Abwesenheit) und nicht seitdem. Ihr Arzt entdeckte die Schwangerschaft im April 1878, erstes Leben früh im Mai. Niederkunft etwa 1. Oct. 1878 erwartet. Da am 27. Oct. die Geburt noch nicht eingetreten war, wurde eine Untersuchung gemacht und Kindesbewegungen deutlich gefühlt und die Herztöne gehört. Geburtswehen begannen am 12. Nov. um 6 Uhr Nachmittags und ein grosses Kind mit sehr festem Kopfe (welches das Aussehen eines 6 Wochen alten Kindes darbot) wurde am 13. um 2 Uhr Morgens mit der Zange entwickelt. Dauer der Schwangerschaft 322 Tage. Eltern vollkommen zuverlässig. **P. F. Mundé** (New-York).

31. Boccamera (Ferentillo). Hymenalatresie.
(Il Raccoglitore medico 1879. No. 5 und 6.)

Das 15jährige Mädchen hatte noch keinerlei Beschwerden gehabt. B. wurde wegen einer seit 29 Stunden dauernden Harnverhaltung consultirt. Die Blase enthielt ca. 2 Liter Urin. Das Hymen war sehr derb, kreischte unter dem Messer (Kreuzschnitt). Die Vagina enthielt ca. 1200 g Blut. Rasche Heilung.
Liebman (Triest).

32. Dell'oro (Valbrona). Kaiserschnitt.
(Gazz. med. ital. Lombardia 1879. No. 33.)

Die Operation wurde mit Beobachtung der Lister'schen Vorschriften bei einer 43jährigen Primipara (rachitisches Becken; Conj. v. 6 cm) ausgeführt. Keine Uterusnaht. Rasche Heilung. **Liebman** (Triest).

33. Macdonald. Ueber einen Fall von spastischer Contraction des unteren Uterussegments in der I. Geburtsperiode.
(Vortrag in der geburtshülflichen Gesellschaft zu Edinburg 12. Febr. 1879.)
(The obstetr. Journ. of Gread Britain and Ireland No. LXXVIII. 1879. Sept. p. 397.

Während in der II. und namentlich III. Periode sanduhrförmige Contraction des Uterus häufiger ist, ist sie selten in der I. Hier war das ganze untere Uterussegment vom Os internum an, ferner auch die Muskulatur des Dammes und der Vagina in spastischer Contraction, der obere Theil dagegen offenbar erschlafft, während der Kopf noch hoch im Beckeneingang stand, was übrigens erst in der Chloroformnarkose festzustellen möglich war, da auch jede Untersuchung sofort die Contraction hervorrief. Es handelte sich um eine Frau, die in der Gravidität an Epilepsie gelitten hatte und also wohl um eine absonderliche Neurose. In tiefer Chloroformnarkose wurde auf 1 Fuss gewendet. Der Thorax des Kindes zeigte eine Depression von dem Druck des Os internum, der darunter gelegene Theil des Kindeskörpers war ganz weiss in Folge des anhaltenden Drucks, der darüber dunkelroth. **Lühe** (Belgard).

34. Hirigoyen. Cyclocéphalischer Fötus.
(Archives de tocologie 1879. Sept. p. 558.)

Fötus von 8 Monat; lebte einige Minuten. Ausser den typischen Missbildungen findet sich noch eine mangelhafte Entwickelung des linken äusseren Ohres und eine Excrescenz auf der rechten Backe, nahe dem Mundwinkel (Hautwucherungen, die bei anomalem Verschlusse der Kiemenspalten entstehen. Ref.).
Ahlfeld (Leipzig).

35. Hinze (Leipzig). Zwei Fälle von auffallend günstiger Wirkung des Pilocarpin als Wehen erregendes Mittel.
(Deutsche med. Wochenschrift 1879. No. 37.)

1) 31jährige Primipara, normales Becken. Nach 10stündiger Geburtsdauer Muttermund 5 cm, Kopf beweglich über dem Becken, Fruchtwasser allmälig abgeflossen, keine Wehen. Nach 4stündigem vollständigem Wehenmangel 0,01 Pilocarpin; sofort traten kräftige anhaltende Wehen ein, die nach 2 Stunden den Kopf

fixirten, dann bei wieder nachlassenden Wehen 2. Injection. Nach 4 Stunden Geburt des Kindes. Keinerlei Nebenwirkung. Wochenbett normal.

2) 31jährige V para, plattes Becken. 3 Mal schwer, ohne Kunsthülfe, lebende Kinder in Schädellage geboren, einmal Wendung und Extraction; Kind todt. 4 Stunden nach Beginn der Geburt Wehen sehr selten (Hängebauch), 0,02 Pilocarpin, sofort häufige und kräftige Wehen, nach 4 Stunden bei deren Nachlass abermals eine Injection. Jetzt blieben die Wehen anhaltend bis zu der nach 6 Stunden erfolgenden Geburt des 54 cm langen Kindes, trotzdem inzwischen wegen der heftigen Schmerzen 0,03 Morphium gegeben worden war. Wochenbett normal.

Schellenberg (Leipzig).

36. **Remy.** Sur l'utricule prostatique et le canal de Müller chez l'homme.

(Journal de l'Anatomie et de la Physiologie par Robin et Pouchet 1879. No. 2, p. 175.)

Dr. Barth berichtete in der Gesellschaft für Anatomie in Paris folgenden Fall. Ein Knabe, 6 Jahre alt, der beim Eintritt in das Hospital vor Allem einen übermässig ausgedehnten Unterleib zeigt, hervorgerufen durch Anfüllung der Blase, starb nach einiger Zeit daselbst unter den Syptomen einer Nierenerkrankung.

Die Section ergab eine interessante Missbildung. Beide Nieren hydropisch. Auf der Aussenfläche der rechten Niere, der Kapsel anhaftend, sitzt eine Anzahl kleiner Cystchen, die Remy für die Ueberreste des Wolff'schen Körpers erklärt. Von dieser Cystengruppe ausgehend führt ein Canal von der Breite des dilatirten Ureters, parallel mit dem Ureter zur Blase, tritt zwischen Muskularis und Mucosa ein und führt in die Prostata, während der Ureter an der richtigen Stelle mündet. Der Canal besteht aus einer fibrösen, einer muskulösen und einer mukösen Wand. Am Blasenhalse erweitert er sich so, dass er die Schleimhaut wulstförmig hervortreibt und dadurch das Ostium der Blase verlegt, in Folge dessen die Stauung bis zu den Nieren zu erklären. Diesen Canal hält Remy für den persistirenden und abnorm gebildeten Müller'schen Faden. Geschlechtstheile des Knaben vollständig normal. Prostata nicht vergrössert.

Gegen diese Anschauungsweise des Autors erlaubt sich Referent einige gewichtige Punkte entgegenzustellen. Wie soll es zugehen, dass in diesem Falle der Müller'sche Gang ein häutiger Canal geworden, während er sonst ausnahmslos, sobald er persistirt, sich in seiner Muskelschicht beträchtlich erweitert und ein muskulöses Organ wird (Uterus masculinus)? Wie kommt der Müller'sche Faden zwischen Blasenmucosa und Muskularis? Persistirt derselbe, so haben wir ihn ausserhalb der Blase zu suchen. Ist der Müller'sche Faden persistirend, so muss sich dies nothwendiger Weise an der Prostata am deutlichsten ausweisen und diese zeigte sich im obigen Falle normal, wie überhaupt äussere und innere Organe vollständig normal waren. Wie soll man sich den embryonalen Zusammenhang zwischen Morsus diaboli und Niere denken, der hier in der That bestünde? Ref. hält, wenn nicht eine genauere Beschreibung ihn eines anderen belehrt, vor der Hand die Missbildung für einen doppelten Ureter bei consecutiver Cystenniere. Dann lässt sich auch gegen die Ansicht Waldeyer's, den Zusammenhang der Morgagni'schen Hydatide mit dem Müller'schen Faden betreffend, nichts einwenden. Dass der Ureter nicht in die Blase mündet, sondern in eins der Nachbarorgane, ist nichts seltenes. Wird doch gerade im Centralblatt die Beobachtung von Massari referirt, in der der Ureter in die Vagina mündete.

Ahlfeld (Leipzig).

Berichtigung: In No. 23, p. 568, Z. 13 v. u. ist zu lesen premirt statt proponirt; p. 569, Z. 10 v. o. Belfast statt Belfort.

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S. (Margarethenstrasse 5), an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart (Alleenplatz 3), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Dritter Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 15 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

N⁰. 25. **Sonnabend, den 6. December.** **1879.**

I. Plötzlicher Tod der Mutter am Ende der Schwangerschaft. Sectio caesarea post mortem. Kind lebend.

Von

Dr. **Storch** in Kopenhagen.

Am 5. Juni d. J. wurde ich von einem Collegen zu einer Schwangeren gerufen, die seit einiger Zeit an Albuminurie und mässigen Oedemen der Unterextremitäten gelitten hatte. Es war eine 30jährige Primipara. Sie hatte vor mehreren Jahren ein rheumatisches Fieber durchgemacht, war später aber im Ganzen gesund und regelmässig menstruirt gewesen. Sie war seit einem Jahre verheirathet und lebte unter glücklichen Verhältnissen. Die letzte Menstruation konnte nicht genau angegeben werden, doch glaubte sich die Pat. im August oder September 1878 geschwängert. Die ersten Kindsbewegungen wurden im Anfange Januar d. J. gefühlt. Pat. litt während der Schwangerschaft an ungewöhnlich schwerer psychischer

Depression und Furcht vor der bevorstehenden Geburt. Während des letzten Monates waren mässige Oedeme der Unterextremitäten hinzugekommen; der Unterleib wurde auffallend gross, Pat. klagte über Kurzathmigkeit und allgemeine Beschwerden, die psychische Unruhe nahm zu. Die Brustorgane wurden vom Hausarzte wiederholt stethoskopirt, boten aber nichts Krankhaftes dar. Es waren während des genannten Zeitraumes schon Spuren von Eiweiss in dem Urin beobachtet worden, welche aber während der letzten 8 Tage in bedeutender Quantität zugenommen hatten; die mikroskopische Untersuchung des Urins war nicht vorgenommen worden.

Ich fand die Pat. von starkem Körperbau, wohlgenährt und von scheinbar plethorischem Habitus. An den Unterextremitäten war jetzt nur ein unbedeutendes Oedem, sonst fand sich kein Anasarka. Der Unterleib war sehr gross und gespannt und mit zahlreichen breiten Schwangerschaftsnarben besetzt. Es war deutliches Hydramnion vorhanden, das Kind schien aber auch ein relativ grosses zu sein. Die Vaginalexploration ergab eine regelmässige 1. Schädellage, der Kopf stand mit einem grossen Segmente im Beckeneingange; das untere Uterussegment war vor dem Kopfe hervorgetrieben, der Muttermund liess den Zeigefinger eben passiren. Während der Exploration wurden die Eihäute schwach gespannt, ebenso fühlte die aussen auf dem Bauche aufgelegte Hand bisweilen leichte Contractionen des Uterus. Das Becken war geräumig, die Herztöne des Kindes kräftig und regelmässig. Pat. war an demselben Tage vom Hausarzte auf der Brust untersucht worden, er hatte aber nichts Pathologisches finden können. Zu diesem Resultate kam auch ich, nur glaubte ich ein schwaches systolisches Geräusch über den Aortenklappen zu hören, dessen Bedeutung mir jedoch sehr zweifelhaft blieb. Dieses Geräusch schien mein College auch erkannt zu haben, er hatte demselben jedoch, so wie ich, keinen weiteren Werth beigelegt, wenigstens war keine Behandlung darauf gerichtet worden. Die vorhandene, nicht sehr bedeutende Dyspnoe schrieb ich vielmehr der grossen Ausdehnung des Unterleibes hauptsächlich zu. Pat. hatte etwas Husten, der Puls war ruhig und regelmässig.

Da der Hausarzt glaubte, das normale Ende der Schwangerschaft sei bereits überschritten, wurde ich zunächst befragt, ob nicht eine künstliche Einleitung der Geburt indicirt wäre. Ich rieth vorläufig abzuwarten und wegen des vielleicht vorhandenen Herzfehlers eine Digitalisbehandlung nebst Bettruhe zu versuchen. Die Geburt war ja offenbar nahe bevorstehend, und die zunächst zu erwartende Complication würde hier wohl Eklampsie sein. Während ich in einem Nebenzimmer mit dem Ehemanne sprach, wurde ich nach Verlauf von ein Paar Minuten wieder zur Pat. gerufen. Sie hatte einen Hustenanfall mit starker Dyspnoe bekommen, war aus dem Bette gesprungen und sass nun auf einem Stuhle im Zustande der äussersten Cyanose. Ich machte sofort einen Aderlass, es kamen aber

nur wenige Tropfen Blut. Einige Secunden später traten grosse Mengen von blutigem, feinem Schaum aus Mund und Nase hervor, die Gesichtsfarbe wurde livid, Puls und Respiration hörten auf, die Pat. war todt. Nachdem der leblose Körper wieder ins Bett gelegt war und ich mich durch sorgfältige Auscultation des Präcordiums überzeugt hatte, dass keine Herztöne zu hören waren, schritt ich, 8 bis 10 Minuten nach dem Tode der Frau, zur Sectio caesarea. Mit einem Bistouri wurde unterhalb des Nabels eine 5 Zoll lange Incision in die Linea alba gemacht; das Bauchfell wurde bei Mangel einer Hohlsonde auf dem Finger mit einer Scheere gespalten. Es fand aus der Bauchwunde keine Blutung statt. Die schwangere Gebärmutter wurde ebenfalls mittels wenig Schnitten bis auf die Eihäute incidirt; die Uterusgefässe zeigten sich strotzend mit Blut gefüllt. Die Eihäute wurden mit der Scheere unter Leitung des Fingers gespalten, der Schnitt hatte den Rand der Placenta, die oben rechts sass, getroffen. Ich fasste dann einen Fuss, wonach die Extraction des Kindes schnell vollendet war. Die ganze Operation dauerte ungefähr eine halbe Minute. Das Fruchtwasser war in beträchtlicher Menge vorhanden, zeigte sich übrigens klar und ohne Beimischung von Meconium. Das Kind war blass und schlaff, ich fühlte aber eine schwache und langsame Pulsation in der Nabelschnur, circa 70 Schläge in der Minute. Das Kind wurde daher schleunigst abgenabelt und in ein warmes Bad gelegt, welches mein College mittlerweile herbeigeschafft hatte. Ich begann jetzt sofort das Einblasen von Luft mittels eines in die Trachea eingeführten silbernen Kindskatheters, ich hatte nämlich kein anderes brauchbares Instrument bei mir. Nach wenigen rhythmischen Einblasungen wurde der Nabelpuls schneller und kräftiger, was mich zur energischen Fortsetzung der Wiederbelebungsversuche aufmunterte. Nach Verlauf einiger Minuten entfernte ich den Katheter und versuchte die künstliche Respiration mittels des Schultze'schen Verfahrens. Der Nabelpuls wurde aber bald wieder langsam und schwach, und ich musste abermals zum Einblasen schreiten. Dasselbe wiederholte sich noch ein zweites Mal. Erst nach Verlauf einer guten halben Stunde machte das Kind eine erste, schwache spontane Inspiration, die später mit immer kürzeren Intervallen sich wiederholte. Ich konnte jetzt definitiv den Katheter bei Seite legen und das Schultze'sche Verfahren fortsetzen, welches von nun an mit den übrigen gewöhnlichen Mitteln abwechselnd angewendet treffliche Dienste leistete. Nach Ablauf von im Ganzen $1^1/_4$ Stunde hatte das Kind einigemal schwach geschrien, die Respiration war aber regelmässig und voll, die Hautfarbe lebhaft roth. Ich liess das Kind in warme Tücher einhüllen und empfahl die Wiederholung des Bades einige Stunden später. Es war ein ausgetragener, kräftig entwickelter Knabe von 4 kg Gewicht. Ich hatte die Freude, später zu erfahren, dass er am Leben blieb; er erhielt am nächsten Tage eine gute Amme, durch deren Pflege er seitdem — es sind jetzt 5 Monate verstrichen — trefflich gediehen ist. Nach

Entfernung der Placenta wurden die Operationswunden in gewöhnlicher Weise suturirt. Bei der Leichenschau am folgenden Tage wurde vom Hausarzte constatirt, dass keine Nachblutung aus der Bauchwunde stattgefunden hatte.

Die Pat. starb demnach unter so eclatanten Symptomen eines acuten Lungenödems, als man es wohl überhaupt zu sehen bekommt, und der Tod konnte fast augenblicklich mit Sicherheit diagnosticirt werden. Wenn ich demungeachtet einige Minuten wartete, ehe ich mich zum Handeln bestimmen konnte, so lag dies zum Theil darin, dass ich nicht früher einer Sectio caesarea post mortem, die ja immer viel Unheimliches an sich hat, gegenüber gestellt worden bin und mir daher eine absolute Sicherheit hinsichtlich der Diagnose: »Tod« erst verschaffen wollte. Ausserdem mussten wir ja auch noch die Einwilligung des unglücklichen Ehemannes zuerst erhalten und die nothwendigsten Vorbereitungen zur Operation treffen, Umstände, durch welche immer einige Minuten verloren gehen. Mehr als 10 Minuten sind doch sicher nicht nach dem Eintritt des Todes verflossen, ehe die Operation bewerkstelligt wurde. Uebrigens war in diesem Falle die Prognose für das Kind a priori als relativ gut zu nennen. Die Mutter war plötzlich und ohne vorhergegangene schwächende Krankheit gestorben; denn die vorhandene Schwangerschaftsalbuminurie hatte nur seit 8 Tagen einen beträchtlicheren Grad erreicht und schliesst die Möglichkeit einer wirklichen Plethora mit relativer Zunahme der rothen Blutkörperchen nicht aus. Der Tod konnte schnell und mit Sicherheit erkannt werden, was ja bei verchiedenen anderen Todesarten bei Weitem nicht immer der Fall ist. Die Operation konnte daher ziemlich früh ausgeführt werden, denn früher als 8 bis 10 Minuten nach dem Tode der Mutter wird gewiss selten operirt werden können. Die Operation bietet ja an und für sich nicht die geringsten Schwierigkeiten dar und sie wurde auch im gegenwärtigen Falle sehr schnell vollendet. Die Uterusgefässe zeigten sich beim Einschneiden strotzend mit Blut gefüllt. Das Kind war ausgetragen und stark entwickelt. Es sind alles dies Momente, die für das Lebenbleiben des Kindes günstig waren. Dessen ungeachtet wurde das Kind im Zustande der hochgradigsten Asphyxie zu Tage gefördert und konnte nur durch sehr energische und lange fortgesetzte Wiederbelebungsversuche zu regelmässigem Respiriren gebracht werden. Ich habe bisher nur selten ein Kind nach einer so tiefen Asphyxie sich erholen gesehen. Diese hochgradige Asphyxie hatte sich demnach schnell entwickelt; einige wenige Minuten mehr, und das Kind wäre sicher zu Grunde gegangen. Mir sind daher die Berichte über lebende Kinder, die erst ein oder gar mehrere Stunden nach dem Tode der Mutter zu Tage gebracht worden sind, etwas verdächtig. Nicht oft ist wohl der Zeitpunkt des Todeseintrittes so genau festzustellen wie im gegenwärtigen Falle. Wie lange das Kind im Uterus der todten Mutter sein Leben fortsetzen kann, darüber fehlen uns leider genaue Kenntnisse. Von Experimenten an Thieren auf die Verhältnisse beim

Menschen zu schliessen, ist ja nur mit grossem Vorbehalt zulässig. Durch Sectio cesarea post mortem werden im Ganzen nur wenige Kinder gerettet; nach den Aufzählungen von Heymann (1800 bis 1832) und Lange (1832 bis 1847) blieben nur 2 % der Kinder am Leben. Es würde wohl nicht ohne Interesse sein, wenn alle hierher gehörige Fälle einigermassen genau referirt würden; viele derartige Operationen werden zweifelsohne gar nicht veröffentlicht.

Dass im gegenwärtigen Falle nur von Sectio caesarea die Rede sein konnte, betrachte ich als selbstverständlich; denn »Accouchement forcé« unter solchen Verhältnissen zu versuchen, würde ja das Kind tödten. Was die eigentliche Ursache des so plötzlich und unerwartet entstandenen Lungenödems gewesen ist, muss leider unaufgeklärt bleiben, da die Obduction nicht vorgenommen wurde. Es liegt wohl am nächsten, die Ursache in einer organischen Herzkrankheit zu suchen. Indess waren die stethoskopischen Zeichen eines Klappenfehlers (Stenose der Aortaklappen?) sehr gering und zweifelhaft; es wird dabei auch auffallen, dass nicht andere Symptome, wie Herzklopfen und frühere asthmatische Anfälle beobachtet worden sind. Es wären ja auch noch verschiedene andere Erklärungsweisen möglich. Die vorhandene Albuminurie in Verbindung mit der psychischen Erregung der Pat., welche während der Untersuchung doch keineswegs gesteigert zu werden schien, haben mich auf den Gedanken gebracht, ob hier nicht eine so zu sagen maskirte Form von Eklampsie vorliege. Ich weiss indess nicht, ob Beobachtungen, die eine solche Muthmassung stützen könnten, von Anderen gemacht worden sind, und ich will im gegenwärtigen Falle, bei Mangel eines materiellen Substrats, mich jeder theoretischen Auseinandersetzung betreffs dieser Frage völlig enthalten.

II. Die mechanische Uterusdilatation.

Von

Heinrich Fritsch.

Gegenüber der bis in die neueste Zeit dauernden Discussion, ob Pressschwamm, Laminaria oder Tupelo am besten und gefahrlosesten den Uterus erweitern, stelle ich die Behauptung auf, dass alle 3 Mittel dann zu verwerfen sind, wenn der Zweck allein die Erweiterung des Uterus ist.

Haben wir einfach die chirurgische Aufgabe, einen engen Canal in resistenten Weichtheilen zu erweitern, so wird man theoretisch und praktisch eine schnelle Methode einer langsamen vorziehen. Bei der schnellen Methode kann man Sepsis vermeiden, bei der langsamen ist dies viel schwieriger.

Will man sich Zugang zur Uterushöhle verschaffen, sei es zu diagnostischen oder zu therapeutischen Zwecken, so ist die allmälige Dilatation als Methode aufzugeben. Eihaut- resp. Abortreste, kleine

Polypen, fungöse Excrescenzen werden bei der schnellen Dilatation leichter diagnosticirt und entfernt.

Schon 1870 hat Peaslee Stahldilatatoren angegeben, ich weiss nicht, ob mit der ausgesprochenen Absicht die Quellmittel dadurch überflüssig zu machen.

Ich habe mir eine Anzahl Stahlsonden mit Knöpfen von verschiedener Stärke anfertigen lassen. Die dickste hat den Durchmesser eines dicken Fingers 1,5 mm, die dünnste ist 0,5 mm dick, also etwas dicker, als eine starke Uterussonde, dazwischen liegen $7^1/_2$, $9^1/_2$, $12^1/_2$ mm. Nachdem mit einer gewöhnlichen Sonde der Weg genau erkundet ist, wird in der Chloroformnarkose die stärkere Sonde eingeführt. Sobald sie am innern Muttermunde angelangt ist, hält man die Sonde fest gegen ihn gedrückt, umfasst den Uterus von aussen und schiebt kräftig den Uterus über die Sonde. Nach Entfernung der Sonde wird eine stärkere Nummer eingeführt. Die Kraft, welche man — combinirt — anzuwenden hat, ist durchaus nicht gering, und ohne sorgfältige Controle von aussen wäre es selbstverständlich unerlaubt, nur von innen zu drücken. Auch ist die Chloroformnarkose stets nothwendig, vor allem auch, um den nachfolgenden Eingriff bequem ausführen zu können.

Es bedarf keiner Auseinandersetzung darüber, dass Infection, somit progressive Entzündung durch wiederholte Ausspülungen mit absoluter Sicherheit zu vermeiden sind, auch wird man die gewaltsame Dehnung in allen Richtungen für richtiger halten, als die Dehnung nach zwei Seiten. Die »Metrotome«, die sich bei der Allgemeinheit der Aerzte nie einbürgerten, sind sicher gefährlicher, als die beschriebene Methode.

In 8 Fällen habe ich bei Multiparen in der beschriebenen Weise Abortreste entfernt, in 2 Fällen Schleimpolypen, in 3 Ausschabungen der Uterushöhle ausgeführt. Stets operirte ich in der Chloroformnarkose bei von aussen fixirtem Uterusfundus. Ausserdem habe ich die Dilatation der Injection von Liquor ferri sehr oft vorausgeschickt. Ueber Behandlung der Stenosen der Orif. int. fehlen mir Erfahrungen.

Auf naheliegende Gründe und Gegengründe will ich mich hier nicht einlassen, sondern die Fachgenossen bitten, ebenfalls die Anwendung der Quellmittel aufzugeben und die mechanische Dilatation in der beschriebenen Weise einzuführen.

Allein wenn die künstliche Infiltration Zweck, die Erweiterung Nebenzweck ist, sind die Quellmittel indicirt. Will man einen schlaffen Uterus kräftigen, einen reactionslosen Uterus gleichsam beleben und auf die Circulationsverhältnisse und Contractionsfähigkeit tonisch einwirken, dann kann man Quellmittel gebrauchen. Will man sich aber Zugang zur Uterushöhle verschaffen, so ist es richtiger, schnell mechanisch zu erweitern.

Die Sonden sind beim Instrumentmacher Baumgartel hier zu haben.

Halle, den 15. November 1879.

---

1. Verhandlungen der amerikanischen gynäkologischen Gesellschaft Baltimore 1879, 17. 18. 19. Sept.

(The Americ. Journ. of Obstetr. and Diseas. of wom. and Childr., herausgegeben von Mundé, vol. XII, No. 4, 1879, Octbr. p. 812.)

Eine Discussion über intrauterine Medication wird eingeleitet durch einen Vortrag von White (Buffalo), welcher selten intrauterine Injectionen anwendet, häufig dagegen nach vorheriger Erweiterung des Cervicalcanals vermittels oberflächlicher Einschnitte in die Schleimhaut und nachheriger Einführung von Pressschwamm direct Medicamente local applicirt. Zumal wendet er Tannin und Jod āā 2, Jodkalium 1 mit Glycerin verrieben an. Battey dagegen empfiehlt eine Lösung von Jod in flüssiger Carbolsäure, welche er 3—4 Mal in einem intramenstruellen Zeitraum anwendet und als Resultat eine Abstossung der Schleimhaut sowie etwaiger Granulationen resp. Heilung der Leukorrhoe erzielt, ohne dass sich Stenose entwickelt. — Hierzu bemerkt Marion Sims, dass vor Allem dagegen spräche die benöthigte lange Behandlungsdauer, wogegen sehr rasche Erfolge zu erzielen wären mit seiner Methode: Dilatation der Cervix, Abschaben der fungoiden Granulationen und Cauterisiren der Cervix bis zum Os internum mit dem Paquelin. — Von mehren Seiten wird die Nothwendigkeit betont, vor Allem die Ursache des Katarrhs, welche sehr gewöhnlich in Flexionen oder Versionen besteht, zu heben; Alles ist einig in Verdammung der Injectionen in den nicht puerperalen Uterus und bedient sich verschiedener Instrumente, um die Medicamente örtlich zu appliciren. Dagegen findet die Empfehlung von Injectionen in den puerperalen Uterus mit geöffnetem Cervicalcanal bei drohender Septichämie (Temperatursteigerung, Lochienstockung, etc.) durch Jenks, Chicago, keinen Widerspruch und zwar wird besonders hypermangansaures Kali angewendet.

Busey hat histologische Untersuchungen über die Striae der Schwangeren gemacht, welche ihn zu der Ansicht führten, dass sie locale Atrophien der sämmtlichen Hautgebilde darstellen mit Compression und partieller Obliteration der Lymphräume.

Mundé hat den Prolaps der Ovarien häufig gefunden und zwar waren sie theils normal und nur durch Dislocationen oder Adhäsionen der Nachbarorgane, zumal des Uterus, oft auch durch habituelle Fäcalretention displacirt, theils waren sie selbst erkrankt. Hatte nur eines seine Stellung verändert, so war es vorwiegend das linke, und meist hatte die Dislocation in den Douglas'schen Raum stattgefunden. Hyperämie und Hyperästhesie ist die Folge, diese müssen durch Antiphlogose und Narcotica erst gehoben werden. Die Diagnose ist vermittels der bimanuellen Untersuchung meist leicht. Nach etwaiger Rectificirung der Stellung des Uterus kann das Ovarium gewöhnlich leicht reponirt werden, dann muss es durch Tampons oder Pessarien in dieser Stellung erhalten werden. In den

schlimmsten Fällen ist die Battey'sche Operation indicirt. — In der Discussion hebt zumal Smith, Philadelphia, hervor, wie häufig dies Uebel eine Ursache einer Anzahl von reflectorischen Nervenstörungen ist. — Spencer Wells theilt brieflich eine erfolgreiche Battey'sche Operation mit.

Taylor, New-York, bespricht die angeborene Atresia Vaginae und berücksichtigt zumal auch Fälle trotz derselben eingetretener Schwangerschaft. Ist das verengernde oder verschliessende Gewebe dünn, so zerreisse man es mit dem Finger, ist es derb, so benutze man schneidende Instrumente; findet sich die Verbildung bei einer Gravida, so räth T., die Operation bis zur Geburt zu verschieben.

Derselbe spricht in einem längeren Vortrag zu Gunsten der frühen Zangenapplication bei regelmässiger Geburt in der I. Periode, wenn die Erweiterung des Os sich verzögert, nach Johnston's Vorgang, dessen Berichterstattung über jene in Dublin auch seinen Schatten jenseits des Oceans wirft. T. bedient sich einer besonders dünnen Zange, um den Kopf über das Os internum hinaus, wo der Hauptwiderstand für die rechtzeitige Erweiterung des Muttermundes zu suchen ist, ohne starke Tractionen anzuwenden. Hat sich dann durch den Druck des Kopfes und den Reiz der Zangenblätter das Os hinlänglich erweitert, so entfernt T. die Zange (was Johnston nicht thut, Ref.); nur selten ist es nöthig, mit den Tractionen fortzufahren. Hierdurch glaubt er die Möglichkeit einer Uterusruptur zu umgehen; die Durchschnittszahl von 1 Operation auf 30 Geburten hält er für die richtige (Johnston operirte aber in 1 : 10½ Fällen, Ref.). — Die Ansichten sind zwar getheilt, doch scheinen hier mehr Stimmen für, als gegen den Vortragenden.

Goodell unterscheidet 2 Arten von Elongation der Cervix: die des supravaginalen und die des intravaginalen Theils. Erstere ist meist erworben namentlich durch Dammrisse in Partu und Folge des von der prolabirenden Scheide und Blase ausgeübten Zuges, die letztere dagegen meist angeboren, resp. eine Zunahme einer congenitalen Abnormität. Bei beiden Arten ist die Vaginalportion abzutragen, bei der ersten Art am besten mit dem Ecraseur, um Eiterung und hierdurch Atrophie in dem Stumpf zu erregen; da dies aber bei der 2. Art nicht nöthig ist, so hat man hier ein schneidendes Instrument zu wählen und dann die Schleimhautwunde zu vernähen. Der Amputation der Cervix hat bei der ersten Art noch die Colpoperineoraphie zu folgen. Bei einer Anzahl von Fällen hat er die Resultate noch nach Jahren controlirt und intact gefunden.

Skene hat in einer grossen Zahl von Fällen das gegenseitige Verhältniss zwischen Frauen- und Geisteskrankheiten studirt und gefunden, dass jene oft diese veranlassen, sowie dass ihre Kur günstig auf den Verlauf der Alienatio mentis einwirkt. Andererseits aber veranlasst Geisteskrankheit oft auch degenerative Processe im Genitalapparat, Cessatio mensium etc., wogegen Menorrha-

gie stets auf eine Frauenkrankheit schliessen lässt. Zur Untersuchung etc. bedient er sich hier stets der Lustgasnarkose.

Lühe (Belgard).

---

2. **L. Kleinwächter.** Mittheilungen über die Verwendung des Pilocarpinum muriaticum in der Geburtshülfe.

(Wiener med. Presse 1879. No. 13, 15, 17.)

Verf. unterzieht die bisherigen Mittheilungen über die Anwendung und Wirkung des Pilocarp. mur. einer kritischen Untersuchung und bringt auch neue Beiträge. Er sichtet die veröffentlichten Fälle, je nachdem das Mittel 1. in der Schwangerschaft (zur Einleitung der Frühgeburt), 2. während des Kreissens oder 3. post partum gereicht wurde oder je nachdem es 4. als Heilmittel gegen Hydrops bei Morb. Brightii oder Herzfehlern oder gegen Eklampsie in Anwendung kam.

ad 1. 14 Fälle sind verzeichnet. 6 Mal soll die Geburt in Gang gekommen sein, 8 Mal nicht. Nach Ausscheidung von 5 Fällen wegen Bedenklichkeit ihres Werthes bleiben nur 9 Fälle, 5 mit positivem, 4 mit negativem Erfolg.

ad 2. 21. Fälle. In allen Fällen wurde die Geburt beschleunigt, doch scheint Ergotin energischer zu wirken.

ad 3. Eine energische Anregung der Nachwehen scheint das Mittel nicht zu haben.

ad 4. Bei Hydrops wegen Morb. Brightii. 4 Fälle, 2 positive, 2 negative. In einem Falle des Verf. bei Herzfehler schien es von Wirksamkeit und es hatte nicht den schon öfter bei Herzerkrankung hervorgehobenen üblen Einfluss. Bei Eklampsie 7 Fälle. Alle Autoren mit Ausnahme Eines heben einen günstigen Einfluss des Mittels auf die Eklampsie hervor.

Bandl (Wien).

---

3. **Nieberding** (Würzburg). Ueber Ectropium und Risse am Halse der schwangeren und puerperalen Gebärmutter. 153 Seiten mit 90 Abbildungen in Farbendruck.

Würzburg, **J. Staudinger'**sche Buchh., 1879.

Der sehr fleissigen, aus Scanzoni's Klinik stammenden Arbeit dient als Grundlage die Untersuchung von 90 weiblichen Individuen; dieselbe war stets eine dreimalige, 1) während der Gravidität, 2) kurz nach der Geburt (am 3. oder 4. Tage), 3) kurz vor der Entlassung und zwar wurde dieselbe sowohl mit dem Finger als auch mit dem röhrenförmigen Speculum vorgenommen. Die letzteren sichtbaren Bilder wurden immer genau abgezeichnet und sind der Arbeit in Farbendruck beigefügt.

Zweck der Arbeit war, genaueren Aufschluss zu geben über das Wesen, die Ursachen, die verschiedenen Formen, Symptome und Consequenzen der sogenannten »Erosion« der Portio vaginalis in der Fortpflanzungsperiode.

Bereits 1861 hatte Roser behauptet, dass die sogenannte Erosionen des Muttermundes nicht durch Ulceration der die Portio überziehenden Vaginalschleimhaut, sondern gewöhnlich durch Ectropium der Cervicalschleimhaut bedingt seien.

Vierzehn Jahre später stellte Emmet dieselbe Behauptung auf und gab zugleich ein sehr rationelles Operationsverfahren an; dasselbe besteht in blutiger Anfrischung der vernarbten Einrisse und darauffolgende Vereinigung durch die Naht. E. operirte in 12 Jahren 200 Mal. In Deutschland nahm sich namentlich Breisky der Operation an. Was nun zunächst die Untersuchung der Schwangeren anbelangt, so fand N., dass bei Erstgeschwängerten eine völlig normale Portio nicht allzuhäufig ist, von 38 waren nur 10 normal, d. h. 26 %, in den übrigen Fällen waren entweder sogenannte Erosionen oder ausserdem noch andere pathologische Processe nachweisbar. Lieven war einige Jahre früher zu einem ähnlichen Resultate gekommen.

In den 28 Fällen war das Ectropium 21 Mal auf beiden Lippen gleichmässig vorhanden, 7 Mal auf die hintere beschränkt.

Verf. ist der Ansicht, dass es sich in allen Fällen um ein sogenanntes Schwellungsectropium, d. h. um ein Hervorgetretensein der hyperplastischen und geschwellten Cervicalschleimhaut aus dem äusseren Muttermunde, niemals um wirkliche Ulceration der Vaginalschleimhaut handelte.

Als Ursachen für die häufig beobachtete unregelmässige Gestaltung des Muttermundes auch bei Erstgeschwängerten führt er 2 Ursachen an: 1) Compression der in der Gravidität leichter verschiebbaren Schleimhaut der Portio und 2) die Ausdehnung des unteren Uterinsegmentes von Seiten des Uterusinhaltes und dadurch hervorgerufene seichte Einrisse der Schleimhaut. Letztere kommen bei Mehrgebärenden nur sehr selten vor, weil eben die Bedingungen dazu fehlen.

Von den Mehrgeschwängerten zeigten 15 eine ganz normale Portio = 36 %. Von den übrigen 27 zeigten 23 ein mehr oder weniger erhebliches Ectropium, das in 15 Fällen auf beiden Lippen annähernd in gleicher Ausdehnung, 6 Mal auf der hinteren Lippe, nur 2 Mal auf der vorderen, vorhanden war. Meist befand sich hier die ectropionirte Cervicalschleimhaut in einem bedeutenden Reizungszustande. Was den Einfluss des Ectropiums auf den Verlauf der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes anlangt, so ist er jedenfalls nur von sehr geringer Bedeutung. Wegen der genaueren Details, namentlich auch wegen der sorgfältigen und das Verständniss sehr erleichternden Abbildungen verweisen wir auf die auch äusserlich recht gut ausgestattete und höchst lesenswerthe Originalarbeit.

Schwarz (Halle a/S.).

4. v. **Weber-Ebenhof** (Prag). Das antiseptische Verfahren in der Geburtshülfe. Ein Leitfaden für Geburtshelferinnen und Belehrung für Frauen.

Prag, **Fr. A. Urbánek,** 1880.

In eindringlichen, leicht verständlichen Worten predigt das Schriftchen die Lehren der Antisepsis, die nicht blos die zukünftige Mutter belehren, sondern jede Haushaltung beherrschen soll.

Doch verlangt es sicher in manchen Punkten zu viel von den Hebammen und läuft dadurch Gefahr, sie von der neuen Lehre abzuschrecken, statt sie dazu zu bekehren. Wer viel mit Hebammen zu thun hat, ist sicher zufrieden, wenn die Frauen ihre eigenen Hände nach den Anforderungen strenger Antisepsis waschen, und verlangt nicht, dass sie auch der Gebärenden die Hände desinficiren, eben so wenig, als dies für Matratze und Bettwäsche nöthig sein dürfte. Nach Abnabelung des Kindes auch mit sorgfältig desinficirten Händen die Scheide genau untersuchen, die Schamspalte »vorsichtig auseinanderzerren«, eigentlich schon mehr eine Contradictio in adjecto, thut der Arzt nicht gern, ist aber jeder Hebamme, von Fällen etwaiger Nachblutung abgesehen, zu untersagen, denn fühlen wird sie doch nichts, und einen etwaigen Dammriss zu constatiren genügt die Seitenlage. Dagegen verurtheilt Verf. Ritgen's sicher oft segenbringenden Griff als entschieden zu schroff.

Doch verdient die Tendenz des Werkchens alle Anerkennung, wäre es auch nur der, leider manchem vielbeschäftigten Arzte mit derselben Berechtigung wie der Hebamme zuzurufenden Worte halber: »Die Hebamme, die heute von der Ueberzeugung, dass sie jedem Kindbettfieber vorbeugen kann, wenn sie aufrichtig will, nicht durchglüht ist, thäte besser daran, ihr Fach aufzugeben.«

Herdegen (Stuttgart).

---

5. **Netzel.** Von dem Puerperalfieber und den wichtigsten Massregeln gegen dasselbe.

(Hygiea Morts 1879.)

Verf. bespricht in kurzen Zügen die Geschichte des Puerperalfiebers und die Entwicklung der jetzigen allgemeinen Beurtheilung von dem Wesen der Krankheit, die verschiedenen Studien, durch welche man, die Franzosen vielleicht ausgenommen, zur Einigkeit in diesem Punkte gekommen ist. — Die Sterblichkeit nach Puerperalfieber in der Entbindungsanstalt Stockholms wird vom Jahre 1775 bis 1877 angegeben. Auf 45863 Geburten kamen 2076 Todesfälle (**4,5** %). In einzelnen Jahren war die Mortalität höchst erschreckend (bis 13 %). Die officielle Statistik des ganzen Reiches (vom Jahre 1861—1875) zeigt eine Sterblichkeit nach Puerperalfieber von **5,7 p. M.**, für Stockholm **16,4 p. M.** Die Angaben der Hebammen (für Stockholm ohne die Entbindungsanstalt) zeigen **9,2 p. M.** Eine Mortalität unter privaten Verhältnissen von 1 % kann damit

wahrscheinlich angenommen werden. — Verf. bespricht die Asyle in Petersburg mit ihren schönen Resultaten, hebt aber die verbesserten hygieinischen Resultate in verschiedenen grössern Gebärhäusern hervor. Können auch die kleinen Asyle die Forderungen der Humanität besser erfüllen, so würde es doch in Bezug auf den Unterricht ein Unglück sein, falls sie die Entbindungsanstalten verdrängten.

Ingerslev (Copenhagen).

---

6. **Linser** (Aalen). Zur Behandlung des Puerperalfiebers.

(Würtemb. med. Correspondenzbl. 1879. Juli 22.)

Verf., der seit 1874 intrauterin ausspült, benutzt hierzu nicht den Fritsch'schen Katheter, sondern ein eigenes, unbedeutend modificirtes Instrument. Zur ersten Einführung desselben empfiehlt er Querlage der Patientin. Erst wenn der Katheter liegt, befestigt er daran mit Kupferdraht den zum Irrigator führenden Schlauch, mit Hintansetzung jeder Vorsichtsmassregel gegen Lufteintritt in die Gebärmutter. Die Scheide will er zu gründlicherer Desinfection aufblähen, indem er den Strom, erst 2 %ige Carbollösung, von der dritten Irrigation an aber Thymol, durch momentanes Verschliessen der Schamspalte zurückhält. Der Schlauch wird nun wieder abgenommen und der Katheter bleibt, an ein Bein der Patientin befestigt, liegen, und nun soll jeder Laie die Gebärmutter ausspülen können. Nur wenn die Kranke, deren Rückenlage stets sorgfältig controlirt werden, über Schmerzen klagt, ist das Instrument abzunehmen. Zwei-, dreistündlich spült L., bis die Temperatur fällt, aus.

Herdegen (Stuttgart).

---

7. **G. Griffith.** Ueber die Einheit des krankmachenden Giftes bei Scharlach, Puerperalfieber, Typhoid, Diphtheritie und Erysipelas.

(The obst. Journ. of Great Britain and Irel., No. LXXV, 1879. Juni, p. 134; LXXVI, Juli; LXXVII, August, p. 297; LXXIX, October, p. 424.)

G. verficht seine Theorie mit grosser Begeisterung und sucht sie durch eine Anzahl von Citaten aus Anderer Schriften zu stützen; dieselbe Ursache soll bei der Jugend Scharlach, bei Aelteren Typhoid, bei Wöchnerinnen Kindbettfieber erzeugen (! Ref.).

Lühe (Belgard).

---

8. **O. Küstner** (Jena). Untersuchungen über den Einfluss der Körperstellung auf die Lage des nicht graviden, besonders des puerperalen Uterus. Mit 4 Holzschnitten.

(Archiv für Gynäkologie Bd. XV. Hft. 1.)

Wie Verf. durch eine Anzahl Citate nachweist, haben nicht wenige der hervorragendsten Geburtshelfer und Gynäkologen die Ansicht ausgesprochen, dass die Lageveränderungen, welche der puerperale Uterus durch den Wechsel der Stellung der Frau erleidet, für das

Zustandekommen bleibender Deviationen oder dauernder Ernährungsstörungen von der grössten Bedeutung seien. Dass diese Lageveränderungen stattfänden, hatte man bisher rein aprioristisch angenommen, exact nachgewiesen hatte sie noch Niemand. Denn während die Bewegungen des puerperalen Uterus bei Entleerung der Blase sich leicht durch die palpirende Hand, mitunter schon durch das Auge wahrnehmen lassen, ist dies bei den viel geringeren Lageveränderungen beim Stellungswechsel nicht der Fall.

Eine genaue Messung der Art und der Grösse dieser Excursionen wurde erst durch die geniale Methode B. S. Schulze's (»Die exacte Ermittelung der Lage des Uterus in der lebenden Frau«, Centralblatt für Gynäkologie 1878, No. 11) ermöglicht.

Obwohl nun diese Methode, am frisch-puerperalen Uterus angewandt, als ziemlich gefährlich erscheinen musste, hielt sie Verf. bei der Wichtigkeit des erwarteten Resultats für erlaubt und bei Anwendung der strengsten Antisepsis hatte er den gewiss admirablen Erfolg, dass von seinen 58 Versuchswöchnerinnen auch nicht eine einzige mit einer Temperatur von 38° reagirte. Die Methode nebst den verschiedenen Modificationen, die einzelnen Versuche und die genauern Maasse müssen im Original nachgesehen werden; hier seien nur noch kurz die Resultate, die sich für die Praxis ergeben, erwähnt:

Der Wechsel der Körperhaltung bewirkt einen derartigen Lagewechsel des normal gelagerten und fixirten Uterus, dass in der aufrechten Stellung der Fundus tiefer herabsinkt, während die Portio in die Höhe steigt und das Organ in toto etwas nach rückwärts gedrängt wird (durch davorsinkende Dünndarmschlingen).

Diese Lageveränderungen des Uterus, die am ausgesprochensten bei Multiparis beobachtet werden, sind weit geringer, als die durch den Füllungswechsel der Blase bedingten und wahrscheinlich durch die specifische Schwere des Organs, nicht durch den bei den verschiedenen Körperstellungen wechselnden intraabdominellen Druck veranlasst. Da die veränderte Lage des Uterus an sich durchaus nicht zu pathologischen Deviationen disponire, da ferner weder Circulationshemmungen, noch Involutionsstörungen mit der aufrechten Haltung der Wöchnerin ätiologisch etwas zu thun hätten, so sei von diesem Gesichtspunkte aus nichts dagegen einzuwenden, dass die Wöchnerin alsbald nach Beendigung der Geburt aufstünde.

Schwarz (Halle a/S.).

---

9. **P. Müller** (Bern). Ueber die Exstirpation extraperitoneal gelagerter Ovarial- und Parovarialgeschwülste.

(Correspondenzblatt für schweizer. Aerzte 1879. No. 19 und 20.)

Nach einer einleitenden Definition der »interligamentösen Entwicklung« beschreibt Verf. 6 Fälle, die er in den letzten zwei Jahren in einer von der bisher geübten Enucleation abweichenden Weise operirt hat. Die Krankengeschichten zeigen, dass es sich nicht um Tumoren handelte, die sich nur mit ihrem unteren Theile

zwischen den Platten des Lig. latum entwickelt hatten, sondern gleichzeitig auch subperitoneal. Verf. zieht von der Geschwulst gerade so viel aus der Bauchwunde, als ohne grosse Zerrung geschehen kann, schneidet diesen Theil ab und vereinigt unter Mitfassen des Peritoneums den Rand der Cystenwunde mit demjenigen der Bauchwunde. Ist der Rand der Cystenwunde viel grösser als der letztere, so wird der Ueberfluss der Cystenwand gegen das Centrum zu einer oder mehreren Falten gelegt und die oberen Faltenränder durch genaue Naht vereinigt, wodurch die Bauchhöhle vollständig abgeschlossen wird. Schröder hat dieses Verfahren Herbst 1877 angegeben; Verf. hat seinen ersten Fall auf diese Weise am 28. Juni 1878 operirt. — Hat sich der Tumor im Mesenterium des Darmes entwickelt, so muss die Excision in einiger Entfernung von der Darmschlinge gemacht werden, so dass die letztere nicht zu nahe an die Bauchwunde kommt; auch darf ein Theil der Wand, der Darmparthien enthält, nicht in Falten gelegt werden. Verf. legt, abweichend von Schröder, statt eines Drainagerohres durch das hintere Scheidengewölbe nur ein solches in den Sack. — Die Heilung erfolgt so, dass unter starker Eiterung der Sack schrumpft. Zuerst werden Einspritzungen von Carbollösung, später von verdünnter und allmälig concentrirterer Jodtinctur gemacht. Das Rohr wird allmälig zurückgezogen.

Dass dieses Verfahren nicht nur für einkämmerige Cysten gilt, sondern auch für multiloculäre, wo im unteren Theile der Geschwulst häufig feste Massen und zahlreiche kleine Cysten sitzen, beweist Fall No. 6.

Mit Miner's Verfahren verglichen hat das hier beschriebene den Vortheil grösserer Einfachheit, leichterer Ausführbarkeit und des geringeren Eingriffes. Der Nachtheil der langen Eiterung tritt diesen Vortheilen gegenüber in den Hintergrund. Von 6 Operirten starb nur 1 (Fall 2).

1) 73jährige Pat., handbreit über den Nabel reichendes Kystom, das sich nur zu einem Viertheil aus der Bauchwunde vorziehen lässt, weil das Peritoneum am Beckeneingang allseitig auf dasselbe übergeht. Ein kleines Segment wird abgetragen, dann die Wand des Sackes in Falten gelegt und durch tiefe Nähte mit dem Rande der Bauchwunde vereinigt. Was über die letztere vorragt, wird in 3 Portionen gespalten und in 3 Klammen gelegt. Antiseptischer Verband. — Temperatur nie über 38,6°, Puls nie über 96. Am 4. Tage beginnende Nekrose der Cystenreste, am 15. Tage Entfernung der ersten, am 32. Tage Entfernung der letzten Klammer. Der Rest der Geschwulst zieht sich zurück und durch die Wunde kommt man in eine trichterförmige, granulirende Höhle, die sich nach 3 Monaten fast völlig geschlossen hat. Heilung.

2) 29 Jahre alte Frau. — Mannskopfgrosse, dünnwandige, einkämmerige Cyste, die dickliche, braune Flüssigkeit enthält und sich schwer entleeren lässt. Das untere Segment mit dem Becken fest verwachsen. Mit Vermeidung des der hinteren Wand fest anliegenden S romanum wird $\frac{1}{3}$ der Cystenwand ausgeschnitten und der Ueberrest derselben unter Bildung zweier Falten in die Bauchwunde eingenäht. Drainage. Lister'scher Verband. — Am gleichen Tage Leibschmerz, dann Erbrechen, Icterus, Abgeschlagenheit, am 4. Tage Tod. Peritonitis, besonders der unteren Darmparthien, Erweiterung des linken Nierenbeckens und Schrumpfung der linken Niere. Die linke Tube ist bis zum Tumor zu verfolgen.

3) 37 Jahre alt. — Tumor von der Grösse eines 7monatlichen Uterus, aus dem nach Eröffnung der Bauchhöhle durch Punction 6 Liter hellgelbe, klare Flüssigkeit entleert werden. Die Cyste geht vom linken Lig. latum aus, reicht links bis in das grosse Becken hinauf und hat hinten das Peritoneum in die Höhe gehoben; an seiner hinteren Wand verläuft ein Theil des Colon descendens. Abtragung der Hälfte der Cyste und Einnähung des Randes in die Bauchwunde unter Bildung einer grossen Falte. Drainage und Lister. Temperatur immer unter 38,5°, Puls nie über 104. Am 26. Tage unter Fieber Eintritt der Menses, am 32. Tage Entfernung der Nähte. Am 38. Tage wegen reichlicher Eiterung aus der Cyste Ausspritzung mit Carbolwasser, vom 54. Tage an allmälige Herausziehung des Drainrohres. Nach 16 Wochen Wunde ganz vernarbt.

4) 49 Jahre alt. Derbe Geschwulst, die bis gegen den Nabel reicht und aus welcher nach Erweiterung der Punctionsöffnung eine gelbbraune, bröcklig-breiige, fette Masse mit vielen gelben Haaren entfernt wird; eine tiefergelegene Cyste ergiesst ihren Inhalt in die Bauchhöhle. Eine strangartige Adhäsion einer Dünndarmschlinge wird durchtrennt. Der ovariale Tumor hat sich hinter dem Cöcum entwickelt, letzterer liegt auf seiner Kuppe, der Proc. vermiformis auf der vorderen Fläche. Nach Reinigung der Bauchhöhle Einnähung des Cystenrandes in die Bauchwunde. Drainage und Lister'scher Verband. Vom 4.—6. Tage Menses. Am 7. Tage keine, am 13. Tage leichte Infiltration der Wundränder. Vom 40. Tage an allmälige Herausziehung des Drainagerohres, immer schwache Eiterung. Am 85. Tage Heilung.

5) 41 Jahre alte Virgo. Mannskopfgrosse Geschwulst, die sich bis in das linke Hypochondrium erstreckt, mit der Bauchdecke verwachsen, aber leicht trennbar ist und 5 Liter fadenziehende Flüssigkeit entleert. Vom kleinen Becken an bis zur linken Niere steht der Tumor mit der linken Seitenwand in Verbindung und nur die Hälfte ragt in die Bauchhöhle; über den oberen Theil laufen verschiedene Windungen einer Dünndarmschlinge. Die Cyste ist parovarialen Ursprunges, denn man findet die Ovarien, beide um das 6fache vergrössert und cystös entartet. — Entfernung beider Ovarien. Dann Ausschneidung von höchstens $^1/_4$ der Cystenwand und Einnähung unter Bildung einer Falte. Drainage bis in die Nähe der Niere. Lister'scher Verband. — Die Temperatur steigt in 5 Tagen langsam auf 38,9 und sinkt dann allmälig wieder, Puls nie über 96. Am 6. Tage noch keine namhafte Eiterung. Vom 7.—9. Tage Hallucinationen. Nach 2 Wochen reichliche Eiterung, von der 4. Woche an Herausziehung des Rohres, Ausspülung des Sackes mit verdünnter Jodtinctur. Nach 10 Wochen Drainage entfernt. Heilung.

6) 42 Jahre alte Frau. Kolossaler Tumor, der sich weder nach oben, noch seitlich abgrenzen lässt. Von der Mitte, zwischen Nabel und Symphyse, bis zum Thoraxrande Fluctuation. Oberhalb der Symphyse harte Massen. Nach dem Bauchschnitt ergiebt die Punction im oberen Theile 8 Liter braune, colloide Masse. Trennung von Adhäsionen mit dem Perit. parietale und Herausziehung des oberen Theiles des Tumors. Den unteren Theil ebenfalls herauszuziehen gelingt nicht; es findet sich, dass der Tumor vom linken Lig. lat. ausgeht, dass sein Peritonealüberzug direct auf die linke Darmbeinschaufel übergeht und dass stark ausgedehnte Gefässe vom Parametrium aus zu seinem unteren Segmente ziehen. Die begonnene Lostrennung des Tumors vom Uterus muss wegen Blutung sistirt werden. Es wird daher eine Drahtschlinge gerade über dem Uterus und oberhalb der im hinteren Theile des Tumors verlaufenden Flexura sigmoidea und den Tumor gelegt, oberhalb der Schlinge alles Entfernbare abgetragen, der Rest in die Bauchwunde genäht und die Schlinge mit dem Schnurapparat in den unteren Wundwinkel gelegt. Listerverband und Drainage. — Die Temperatur bleibt unter 38,5, der Puls unter 116. Auf Lockerung der Schlinge am 1. Tage folgt Blutung, weshalb wieder geschnürt wird. Am 2. und 3. Tage Lockerung ohne Blutung, am 7. Tage Entfernung der Schlinge. Am 8. Tage und später Entfernung vieler gangränöser Fetzen und Tochtercysten, aus dem Sacke starke Eiterung. Touchirung mit Acid. pyro-lignosum und Jodtinctur. Am 14. Tage Thrombose der rechten Vena cruralis mit starkem Oedem, das am 19. Tage wieder abnimmt. Heilung. — Ueber die Com-

munication des einen Urethers mit dem Wundtrichter, die sich in diesem Falle ausbildete und über deren Behandlung wird Verf. später berichten.

Oeri (Basel).

---

10. **Haussmann** (Berlin). Ueber die prophylactische Beseitigung der während der Geburt sich ereignenden Infection des Kindes.

(Deutsche med. Wochenschrift 1879. No. 35.)

Die prophylactische Desinfection der Scheide jeder Gebärenden hat nicht nur den Einfluss, diese selbst vor Infection zu schützen, sondern sie erschwert auch die Uebertragung der inficirenden Substanzen auf das während der Geburt durch sie hindurch gepresste Kind und verhütet so namentlich das Entstehen von Ophthalmien. Jedoch genügt sie nicht vollständig; Verf. empfiehlt daher vor der ersten Oeffnung der Augenlider, diese nebst den Wimpern mit einem in eine 1 % Carbolsäurelösung getauchten und gut ausgedrückten Leinwandläppchen vorsichtig und sorgfältig zu reinigen und hofft bei consequenter Anwendung dieser Cautelen die meisten Erkrankungen zu verhüten, deren Häufigkeit und deren Beziehung zur Zahl der überhaupt Erblindeten er tabellarisch angefügt hat.

Schellenberg (Leipzig).

---

11. **M. De Cristoforis** (Mailand). Intrauterine Anwendung des Jodoforms.

(Separatabdruck aus der Gaz. med. ital. Lomb. Mailand 1879.)

Verf. gebraucht das Mittel seit einem Jahre mit sehr gutem Erfolge bei allen Formen der Endometritis corporis. Bei der fungösen Form wird etwa 24 Stunden vor der ersten Jodoformeinführung die Uterusschleimhaut mit der Curette geschabt. Die Einführung des reinen Jodoformpulvers geschieht alle 2 bis 4 Tage, gewöhnlich ohne Speculum, durch ein der Uteruspistole ähnliches Instrument, welches aber noch Seitenöffnungen besitzt. — Unangenehme Erscheinungen traten nie ein. — Das Mittel schien zuweilen retardirend auf die Menstrualperiode zu wirken.

Liebman (Triest).

---

12. **Depaul.** Ueber eine besondere Krankheit des Knochensystems, die sich während des intrauterinen Lebens entwickelt und allgemein, nach meiner Meinung mit Unrecht, unter dem Namen der Rachitis beschrieben wird.

(Archives de tocologie 1879. Juni, Juli, August.)

Anschliessend an die Beschreibung zweier Skelette Neugeborener (s. Arch. de tocol. November 1877 und Januar 1878 und Centralbl. für Gyn. 1878, V. No. 18) erzählt Verf. noch einige selbst beobachtete Fälle, in denen das Knochensystem Verkrümmungen und Continuitätstrennungen zeigte; die Zahl aller ihm bekannten Beobachtungen beträgt etwa 40.

Keine Krankheit der Mutter steht in irgend welcher Beziehung zu der Entwickelung dieser Knochenerkrankung, dagegen scheint das häufige Vorkommen bei Zwillingsschwangerschaft dafür zu sprechen, dass diese nicht ohne Einfluss darauf ist.

Die Kinder sterben bald nach der Geburt, weil der deformirte Thorax eine ergiebige Respirationsthätigkeit nicht gestattet, oder schon unter Geburt in Folge von Hirnverletzungen, gegen die die schlecht entwickelten Schädelknochen dasselbe nicht schützen können.

Schütz (Leipzig).

---

13. **G. E. Sussdorff** (New-York). Die Radicalbehandlung örtlicher Krankheiten zur Zeit der Menopause.

(Med. Rec. 1878. Dec. 21.)

Folgende Schlüsse des Verf. geben den Zweck und Inhalt der Arbeit in einigen Worten: 1. Die Zeit der Menopause ist, was Beginn und Verschlimmerung einer Krankheit anbelangt, wenigstens ebenso wichtig als die Pubertätsperiode oder irgend eine andere Lebensepoche. 2. Obgleich gewöhnlich die Mehrzahl der functionellen und organischen Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane nach der Menopause an Intensität abnimmt, so findet doch in einer nicht unbedeutenden Zahl von Fällen gerade das Gegentheil statt, sogar bis zum Bösartigwerden einer gutartigen Entartung. 3. In vielen Fällen bieten diese letzteren nicht nothwendigerweise deutliche örtliche Symptome des wirklichen pathologischen Zustandes, welcher hauptsächlich durch sein Erscheinen zu dieser Lebenszeit Aufsehen erregt. 4. In keinem Falle von allgemeiner oder localer Erkrankung gleich vorher oder während der Menopause sollte eine örtliche Untersuchung unterlassen werden, welche häufig sofort die Ursache der bisher unerklärlichen Symptome aufdecken und zugleich die Therapie andeuten wird. 5. Solche Therapie soll radical und erfolgreich sein, unbeachtet der Lebensepoche, deren grössere Gefährlichkeit als Operationszeit wahrscheinlich überschätzt worden ist.

P. F. Mundé (New-York).

---

14. **D. Ott** (St. Petersburg). Zur Lehre von den physiologischen Aeusserungen des Geschlechtslebens bei den Bäuerinnen des Kaluga'schen Gouvernements.

(Separatabdruck aus Sdorowje No. 113, 117, 118, 119. [Russisch.])

O. hat 700 in zweien Kreisen wohnhafte Bäuerinnen von 15—80 Jahren ausgeforscht und fand als mittleren Termin für die erste Menstruation — 16 Jahr, 11 Monate und 15 Tage, für die Eheschliessung (642 verheirathete) 18 Jahr 11 Monate und 29 Tage, für den Eintritt der Menopause 44 Jahr 5 Monate und 17 Tage. Auf jede Verheirathete kommen 7,75 Schwangerschaften, von denen 7,1 ihr regelmässiges Ende erreichten (bei 175 Frauen gezählt, die schon ins Klimacterium getreten waren). Auf 43,31 Einzelgeburten fällt

eine Zwillingsgeburt; unter 35 Frauen ist eine steril. Die erste Niederkunft findet statt im Alter von 21 Jahren, 7 Monaten 24 Tagen, die letzte von 37 Jahren, 6 Monaten 19 Tagen. — Verf. vergleicht diese Zahlen mit ähnlichen, die von Slavjansky und Smidowitsch für ein Paar andere, auf demselben Breitegrade (54°), aber westlicher gelegenen Orte gefunden wurden und zieht den Schluss, dass in allen Beziehungen die Energie des Geschlechtslebens von Westen nach Osten abnimmt. Nach ausführlicher Darlegung der meteorologischen, geographischen, socialen und ökonomischen Verhältnisse der drei Oertlichkeiten sieht er in ihnen den Grund für das oben gewonnene Factum. **E. Bidder** (St. Petersburg).

---

15. **A. Poncet** (Lyon). Einfluss der Castration auf die Entwicklung des Knochengerüstes.

(Annales de Méd. vétér., Bruxelles 1878. Deutsch. Ref. in der Revue für Thierheilk. u. Thierzucht Bd. II. No. 8. Wien. 1879.)

P. benutzte zu seinen diesbezüglichen Versuchen männliche Kaninchen von einem Wurfe und annähernd gleichem Körpergewichte. Im Alter von 3 Monaten — d. i. die Zeit, in welcher die Testikel in das Scrotum herabgestiegen sind — wurde ein Theil derselben castrirt, ein anderer aber uncastrirt unter die gleichen Aussenverhältnisse gebracht. Nach Verlauf von 3—3½ Monaten fand die Tödtung dieser Thiere statt und zeigten sich hierbei die Knochen der Castraten durchweg stärker entwickelt, namentlich aber länger als jene der nicht castrirten Individuen. Diese Verlängerung war besonders auffallend an den Ober- und Unterschenkel- (6—8 mm), den Kreuz- und Hüftknochen, wobei sich die normalen Biegungen derselben in geringeren Graden manifestirten. Querschnitte der Röhrenknochen ergaben, dass die compacte Substanz wenig vermehrt, dagegen der Markcanal vergrössert war. Zwei aufbewahrte Schädel von Castraten erwiesen sich bei Vergleichung länger als solche von nichtcastrirten Thieren.

(Ein Einfluss der in früher Jugend vorgenommenen Castration der Thiere auf Skelettbau und Exterieur ist unverkennbar und wird dieses Factum in der Thierhaltung schon längst zur Erreichung gewisser Vortheile ausgebeutet. Während die weiblichen Thiere nach der Castration keinerlei wesentliche Abweichungen von ihrem ursprünglichen Typus zeigen, nähern sich die Körperformen der männlichen Castraten im Allgemeinen um so auffälliger jenen der weiblichen Thiere, je früher die Individuen geschlechtlich indifferent gemacht wurden. Auffällig hierbei, und bis jetzt noch nicht aufgeklärt sind gewisse, regelmässig im Skelettbau sich einstellende Abweichungen. So werden z. B. castrirte männliche Rinder sehr häufig bedeutend grösser als die Stiere und erhalten deren Hörner nicht nur eine andere Gestalt, sondern auch die doppelte Länge und darüber, ein Verhältniss, das in sehr demonstrativer Weise bei der ungarischen

Rasse hervortritt. Castrirte männliche Lämmer erhalten gar keine oder doch nur rudimentäre Hörner, desgleichen besitzen auch frühcastrirte männliche Schweine später nur sehr unvollkommen entwickelte Hauer. Ref.) **Roeckl** (Stuttgart).

Casuistik.

16. **Marie Heim-Voegtlin** (Zürich). Einige Fälle seltener Blasenerkrankungen. (Correspondenzblatt für schweiz. Aerzte 1879. No. 13 u. 14.)

1. Papilloma vesicae. Eine 64jährige Pat., die bisher ganz gesund war, wurde 1850, unmittelbar nach dem Heben einer schweren Last, von einer Blasenblutung befallen, die 14 Tage dauerte. Nach 4jähriger Pause neue mehrtägige Haematurie während der 5. und letzten Schwangerschaft; von hier an bis 1860 mehrere kurze, aber profuse, 1861 eine zwölfwöchentliche, sehr heftige, 1865 und 66 zuweilen mehrwöchentliche Blutungen. Zuweilen in der Zwischenzeit Blutspuren nach Anstrengungen, aber nie Blasenschmerz oder die Zeichen von Blasenkatarrh. Bis 1873 nur kurze Blutungen und von da an Pause bis 1876, wo ein hartnäckiger Blasenkatarrh eintrat, der auch auf eine locale Behandlung nicht wich. Seit März 1877 beständig Blutung, die Pat. bedeutend schwächte.

Anfangs Juni constatirte Verfasserin bedeutende Anaemie. Uterus stark gesenkt, hintere Blasenwand nach links und oben verdickt, unempfindlich bei Druck, Urin schwarzroth, ohne Schleim, Eiter und Gewebsfetzen. Die Dilatation der Urethra mittels der Simon'schen Dilatatoren ergab ein Papillom von zottiger Oberfläche, morscher Consistenz, etwas links vom Blasenscheitel aufsitzend, von der Grösse einer grossen Wallnuss. Abtrennung mittels des Fingers leicht, Herausbeförderung der Stücke schwierig, gelingt durch Wasserinjectionen, ebenso die Blutstillung durch Einspritzung von Carboleiswasser. Zwei Tage lang Eisblase, täglich 2 Mal Bleiwasserinjection. Weder Incontinenz, noch Fieber. Vom 3. Tage an Urin hell, am 9. Tage Aufstehen und seither keine Beschwerden mehr.

2. Papilloma vesicae. Pat., 54 Jahre alt, hat zwei Mal normal geboren, machte zahlreiche Krankheiten (Anaemie, Intermittens, Spondylitis, Gicht, Haemorrhoiden) durch und wurde vor einer Anzahl von Jahren bei einem Spaziergange von Haematurie befallen. Bei Anwendung von Vichy- und Emserwasser und Dec. uvae urs: seither nur selten Blutung, nie Blasenschmerz. Mit 50 Jahren Menopause, mit 53½ Jahren sehr bedeutende, hartnäckige Haematurie. Im Mai 1878 fand Verf. die rechte Hälfte der hinteren Blasenwand verdickt und etwas empfindlich bei Druck. Der Katheter stiess nach links auf eine undeutliche Resistenz, der Urin war dunkelroth, frei von Schleim und Eiter, enthielt aber kleine Stückchen eines Papilloms.

Sistirung der Blutung durch Injection von Bleiwasser und kräftige Ernährung machten es nach einigen Wochen möglich, die Dilatation der Urethra in der Narkose vorzunehmen. Es fand sich ein blutreiches Papillom von der Grösse eines Hühnereies, das rechts in der Mitte zwischen Hals und Scheitel der Blase sass, sich zum grössten Theile leicht und nur gegen den Grund hin schwerer ablösen liess. Die Entfernung der Stücke und die Blutstillung wurde wie in Fall 1 vorgenommen. Nach der Operation nervöser Schüttelfrost, nie Incontinenz oder Fieber. Schon am Abend des ersten Tages heller Urin und von hier an nie mehr Blutabgang.

Verfasserin macht auf die Abwesenheit der sonst für das Papillom der Blase als charakteristisch geltenden Schmerzen, Störungen der Urinentleerung und Blasenkatarrhe, sowie auf die lange Dauer des Leidens aufmerksam.

3. Fibrosarcoma vesicae. 56jährige Frau, die sich mit 38 Jahren verheirathet, ein Mal geboren und mit 48 Jahren die Menses verloren hat. Vor 8 Jahren erste, vor 2 Jahren zweite Lungenentzündung. Im Verlaufe der Letzteren

Brennen beim Uriniren und nach Ablauf Schleimfetzen im Urin. Von nun an oft blutiger Schleim, nie Blut ohne Schleim und auch nie Eiter abgehend. Bis vor 4 Monaten innerliche Behandlung, dann 4 Monate lang täglich erfolglose Blasenausspülung. Bedeutende Beschwerden vor und nach dem Harnen, ebenso beim Aufstehen immer mehr links als rechts. Abmagerung, aber keine deutliche Cachexie. Induration der hinteren Blasenwand und Schmerz bei Druck auf dieselbe; linke Seite der Blase bei Druck mit dem Katheter sehr schmerzhaft, aber nicht deutlich ungeben. Im Urin nur sehr viel blutiger Schleim, keine Gewebsfetzen und kein Eiter. Nach leichter Dilatation der Urethra fand sich die Blase wenig elastisch, theilweise starr, links von einer flächenhaften Neubildung derart eingenommen, dass nur wenige normale Partien dazwischen übrig blieben. Von 1 cm dicken Stellen aus flachte sich der Tumor ab und verlief in die verhärtete, derbe Blasenwand. Es wurde alles Entfernbare mit Finger und Curette losgekratzt, doch blieb ein grosser Theil zurück. Das Entfernte erwies sich als weiches, sehr blutreiches Fibrosarkom. Pat. ertrug den Eingriff gut, hatte weniger Schmerzen, der Urin wurde klar und frei von Schleim. Doch kamen schon in der zweiten Woche Schleimfetzen und Pat. erlag ein Jahr später den Schmerzen und Blutungen.

4. Varices vesicae. Ein Arzt legte einer 36jährigen Frau, die vom ersten Wochenbett einen leichten Blasenkatarrh und eine geringe Retroversio uteri und vom zweiten Wochenbette Fluor albus zurückbehalten hatte, Glycerintampons in die Scheide, und zwar so viele, dass Pat., um uriniren zu können, jedesmal einige Bäuschchen entfernen musste. Nach dreiwöchentlicher Behandlung wurde der Urin durch Schleim und Eiter und darauf durch Blut getrübt, ohne dass das Uriniren schmerzhaft geworden wäre. Das Tamponiren wurde sistirt, nachdem der Urin mehrere Male schwarzroth geworden war. Die Untersuchung ergab eine maximale Retroversion bei schlaffen Bändern. In der durch Dilatation der Urethra zugänglich gemachten Blase fand sich bei sonst normalen Verhältnissen ein stark ausgedehnter vorspringender Varix an der hinteren Wand des Blasenhalses, gerade an der Stelle, gegen welche der nach vorn abgewichene Cervix uteri fest aufdrückte. Die Tamponade hatte nur das hintere Scheidengewölbe betroffen, den Cervix fest an den Blasenhals gedrückt und so zu Stauung und Berstung der Blasenvenen geführt. Auf Einlegung eines Hodge'schen Pessars hörte die Blutung auf und kehrte erst 3 Wochen später wieder, als das Pessar gerutscht war. Ein grösserer Ring beseitigte definitiv die Blutung und die Retroversion.

5. Fistula vesico-duodenalis. Eine 52jähr. Frau litt vom 35. Jahre an 7 Jahre lang an Enteritis mit Geschwürsbildung. Hierauf Besserung und nach 1 Jahr glückliche (3.) Entbindung. Vom 46. bis 51. Jahre unregelmässige Uterusblutungen, dann normale Menopause. Im 51. Jahre intensive Peritonitis, die mehrere Monate dauerte und von welcher Druck und Unbehagen im Leibe, Verdauungsstörungen und leiser Schmerz über dem rechten Schambeine zurückgeblieben. Der Urin war zeitweise etwas trübe, aber ohne übeln Geruch, das Uriniren ungestört. Durch eine ohne Schonung vorgenommene ärztliche Untersuchung wurden die Reste eines Exsudates hinter dem Uterus und zwischen Uterus und Blase constatirt, zugleich aber heftiger Schmerz, Harndrang und Haematurie erregt. Von diesem Tage an heftiger Blasenkatarrh, mehrere Male starker Blutabgang, immer starkes, bräunliches Sediment, sehr übler Geruch, Harndrang, plötzlich auftretender brennender Schmerz, grosse Empfindlichkeit der äusseren Genitalien und beständig Verdauungsbeschwerden.

Verfasserin, die nun die Pat. untersuchte, fand einen leichten Narbenstrang zwischen Blase und Uterus, sonst keine Exsudatreste. Der mit dem Katheter leicht zu entleerende Urin war übelriechend, alkalisch und enthielt neben Schleim und Eiter Bestandtheile der aufgenommenen Nahrung. Eigelb erschien $2\frac{1}{2}$, Fleischfasern $3\frac{1}{2}$ Stunden nach der Aufnahme im Urin, noch später kamen Gerstenkörner, Kartoffelstückchen etc. Auch Darmgase entleerten sich häufig durch die Blase.

Verf. nahm an, dass in Folge der Peritonitis sich eine Verlöthung der Darm-

wand (vielleicht an einer in Folge von Geschwüren narbigen Stelle des Duodenum) mit der Blase gebildet habe und dass diese Verwachsungsstelle durch die brüske Untersuchung zerrissen worden sei.

Da tägliche reichliche Ausspülung der Blase, verbunden mit sorgfältiger Ernährung und Anwendung von Adstringentien nicht half, machte Verf. nach Winckel's Vorschlag die directe Aetzung der Fistel. Nach der Dilatation der Urethra fand sich die Schleimhaut der ganzen Blase sammetartig aufgelockert. Rechts oben war ein Kranz von 7—8 Zotten, von 1/2—1 cm Länge, um eine stark erbsengrosse, runde Fistelöffnung mit derbem gewulstetem Rande angeordnet. Da die Einstellung des Dilatators auf die Fistelöffnung nicht gelang, führte Verf. neben dem Finger einen cachirten Höllenstein bis zur Fistel und ätzte sowohl den Rand derselben als die umgebende Schleimhaut. Nach einer reichlichen Carbolirrigation zog sich die Blase energisch zusammen. Pat. blieb afebril, hatte aber mehrere Tage anhaltend heftige Schmerzen, besonders beim Uriniren, wobei Stücke von Aetzschorfen abgingen. Die Schmerzen verloren sich in der zweiten Woche ganz, die Beimischung von Speisebestandtheilen nahm ab; von der 4. Woche an gingen auch keine Darmgase mehr ab und bei Genuss von Beefsteaks, Milch, Eiern und Gebrauch von Dec. Chinae heilte die Fistel vollständig.

Zur Dilatation der Urethra hat Verf. 6 Mal die Simon'schen Dilatatoren angewandt und hat mit No. 5 immer ausgereicht. Einmal entstand ein Riss, der auf Naht leicht heilte. Bei der Entfernung von Tumoren vermeidet es Verf., neben dem Finger Instrumente zur Extraction einzuführen, da auf diese Weise zu leicht äussere Verletzungen entstehen. Besser ist es, einen gestielten Schwamm durch den weitesten Dilatator zu führen und durch rasches Zurückziehen eine Aspirationsbewegung zu erzeugen, wodurch die Stücke leicht in das Spekulum fallen.

Oeri (Basel).

17. **Heylen** (Brüssel). Künstliche Frühgeburt mit Pilocarpin.

(La Presse med. belge 1879. No. 33.)

Mädchen im 8. Graviditätsmonat. Rachitisches Becken. Conjugata vera 7,5. Bei der ersten Geburt Perforation. 3 stündlich werden 0,02 Pilocarpin subcutan eingespritzt. Nach der 3. Einspritzung ist der Muttermund thalergross und nach der 4. vollständig erweitert. Sprengen der Blase. Wendung und schwere Extraction eines sterbenden Kindes. Normales Wochenbett.

E. Hüter (Strassburg i/E.).

18. **Hyernaux** (Brüssel). Pilocarpin in der Geburtshülfe.

(Bull. de l'academie royale de Belgique 1879. Bd. XIII.)

Auf Grund seiner vor einem Jahre an Kaninchen mit Pilocarpin angestellten Experimente (s. Centralbl. für Gyn. No. 25. 1878) und einzelner an der Lebenden mit ihm gemachten Beobachtungen, betont Verf. heute noch, wie vorsichtig man mit der Anwendung des Pilocarpins sein muss. Prof. Sacré in Brüssel hat einen Kranken nach einer subcutanen Einspritzung von 0,01 Pilocarpin fast verloren. Dr. Coppez, welcher einmal an sich selbst und mehrmals an Patienten Versuche anstellte, hat öfters nach kleinen Einspritzungen schlimme Zufälle wie Ohnmacht, Collaps u. s. w. beobachtet. In einigen Fällen sollen die Patienten eine ziemlich herabgesetzte Intelligenz während einiger Monate gezeigt haben. Dann werden die 6 Fälle von Barker mitgetheilt. (S. Centralbl. für Gyn. No. 19. 1879.) Verf. stimmt mit den Ansichten der Versammlung in Pisa (1878) vollständig überein. » . . . Die Wirkung des Pilocarpins auf den Uterus ist nicht constant; es kann mitunter gefährlich werden und seine Anwendung soll deshalb keine alltägliche werden.«

E. Hüter (Strassburg i/E.).

19. **C. v. Rokitansky.** Drei Laparo-Hysterotomien.

(Wiener med. Presse 1879. No. 22, 24, 25.)

1) Mannskopfgrosses Myofibrom in der vorderen Uteruswand. Menorrhagie. — 31jährige, ledige Nähterin, die nie geboren, glatter, runder, handbreit über den Nabel reichender, beweglicher Tumor. Uterus 30 cm sondirbar. Scheidengewölbe

normal. Operation: Schnitt fast bis zum Process. xyph. Keine Adhäsionen. Unterbindung beider Lig. lat. mit Catgut. Stumpfe Trennung von der Harnblase. Anlegung der Chassaignac'schen Kette nahe am Scheidengewölbe. Befestigung des Stumpfes im unteren Wundwinkel. Am 2. Tage festeres Anziehen der Kette wegen Stielblutung, wobei die Bauchwunde theilweise geöffnet werden musste. Heilung nach ca. 4 Wochen.

2) Mannskopfgrosses Myofibrom. — 44jährige, ledige Private hat nie geboren, leidet an starken Metrorrhagien. Unebener bis zum Nabel reichender, harter, beweglicher Tumor. Uterus nur 4 cm sondirbar. Hinteres Scheidengewölbe nach abwärts gedrängt. Schnitt bis gegen den Proc. xyph. Leichte Entwicklung des Tumors. Mitfassen des linken Ovarium und Tuba. Stielbehandlung wie in Fall 1. Tod nach 6 Tagen an Peritonitis.

3) Myofibroma. — 42jährige, ledige Bäuerin, die nie geboren, leidet an hochgradigen Schmerzen bei sonst regelmässiger Periode. Ein harter, bis zum Nabel reichender, beweglicher Tumor wölbt die Bauchdecken etwas vor, ein zweiter mit dem Uterus innig verbundener drängt das Scheidengewölbe nach abwärts. Uterus nicht sondirbar. 20 cm langer Bauchschnitt. Entwicklung und Abtragung des ersten gestielten Tumors leicht, des zweiten schwieriger mit Amputation des Uterus am Os internum. Tod nach 8 Tagen an Peritonitis. **Bandl** (Wien).

20. **E. Welponer** (Klinik C. v. Braun). Exstirpation beider Ovarien wegen Hystero-Epilepsie. Heilung.

(Wiener med. Wochenschrift 1879. No. 30.)

Eine 36jährige unverheirathete Person, die nie eine Menstruationsblutung hatte, dabei aber immer gesund war, bekam im 20. Lebensjahre epileptiforme Anfälle, die durch 15 Jahre ununterbrochen anhielten. Die Anfälle wiederholten sich in den ersten 6 Wochen täglich, später nahmen sie einen typischen Charakter an und kamen regelmässig alle 4 Wochen, in der letzten Zeit alle 3 Wochen.

Da alle therapeutischen Massnahmen ohne Erfolg waren und eine Abhängigkeit der Anfälle von der abnormen Function der Sexualorgane nicht zu verkennen war, entschloss man sich zur Castration.

Die Operation wurde genau nach Hegar's Vorschriften ausgeführt. Eine circumscripte Peritonitis mit Abscessbildung und Durchbruch durch die Vagina verlängerte die Heilungsdauer. Die Pat. verliess nach der 10. Woche das Bett.

Die Pat. hat jetzt, 5 Monate nach der Operation, noch keinen epileptiformen Anfall, wird aber jeden Monat durch Congestionen und trübe Gemüthsstimmung an ihren früheren Zustand gemahnt. Der Geschlechtstrieb hat keine Einbusse erlitten. **Bandl** (Wien).

21. **H. Riedinger.** Sectio caesarea nach Porro mit günstigem Erfolg.

(Wiener med. Wochenschrift 1879. No. 20.)

Eine 33jährige Primipara mit allgemein verengtem rachitischen Becken von 5,5 cm Conj. vera wurde den 13. Septbr. 1878 aufgenommen. 2 Tage darnach stellten sich gegen das normale Ende der Schwangerschaft Wehen ein. Operation unter Lister'schen Cautelen 14 Stunden nach Wehenbeginn, 7 Stunden nach Blasensprung bei energischen Wehen, thalergrossem Ost. ext. und geringem Caput succedaneum. Nach Entwicklung des lebenden reifen Kindes wurde der Uterus vor die Bauchwunde gezogen und mit dem Péan-Billroth'schen Ecraseur am Collum constringirt, der Uterus abgetragen und das Collum als Stiel im unteren Wundwinkel fixirt, und in den Douglas'schen Raum ein Drainrohr gelegt.

Der Verlauf war durch Peritonitis mit septischen Erscheinungen und durch theilweises Brandigwerden der Bauchwunde getrübt, doch erfolgte Heilung nach circa 30 Tagen.

Der genauen Beschreibung des Falles folgen einige Erwägungen bezüglich der Ausführung der Operation, ihrer Indication und bezüglich des Verhaltens des Collum. **Bandl** (Wien).

22. Pippingskjöld. Schwangerschaft in retrovertirter Gebärmutter.

(Finska Läkaresellsk. Handl. Bd. XX. p. 342.)

Pat. hatte vor 7 Jahren normales Puerperium gehabt. Während einer Menstruation (September) eine körperliche Ueberanstrengung, wonach heftige Sacralschmerzen, Dysurie, Fiebersymptome und Erbrechen. Im nächsten Januar Reposition der retrovertirten Gebärmutter, Verschwinden der Symptome und folgende rechtzeitige Geburt. **Ingerslev** (Kopenhagen).

23. Breisky (Prag). Casuistische Mittheilungen.

(Prag. med. Wochenschrift 1879. No. 29.)

Verf. theilt 3 weitere Ovariotomien mit, dabei 1 Todesfall trotz strenger Antisepsis. Der eine Fall betraf eine rechtsseitige Parovialcyste, extraperitoneale Versorgung des Stiels mit Drahtschnurschlinge und Compressurnadel. Heilung.

Der 2. Fall betraf ein doppelseitiges, subserös inserirtes Kystom. Die subperitoneale Ausschälung war schwierig, mit Blutverlust verbunden. Tod am 7. Tage an Sepsis.

In dem 3. Falle wurde ein rechtsseitiges Cystoadenom mit Erfolg operirt. Stiel mit Schlinge und Compressurnadel abgesetzt.

Ferner giebt Verf. einen Fall von acquirirter Vaginalstenose. Der Fall betrifft eine 22jährige Ehefrau, die mit 6 Jahren ein acutes Exanthem durchgemacht. Die Menses traten seit dem 17. Jahr anfangs regelmässig, später mit Leibschmerzen ein. In der Ehe stellt sich Unmöglichkeit des Coitus heraus. Pat. tritt fiebernd, mit Jaucheentleerung aus der Vagina ein. Es fand sich eine kleine Urethralfistel. Der Scheideneingang bis auf eine feine Oeffnung verschlossen. Stumpfe Dilatation mit Sonde etc. macht allmälig dem Fornix zugängig. Das Fieber ging rasch herunter. Heilung.

Endlich beschreibt er einen Fall von Hämatometra und Hömatokolpos lateralis. Es handelte sich um eine 25jährige Frau, die mit 15 Jahren Bauchfellentzündung durchgemacht hat, steril verheirathet. Rechts fand sich neben der Portio ein weicher fluctuirender Tumor, der bei der Untersuchung spontan in den Cervix durchbrach. Es wurde das Vaginalseptum der ganzen Länge nach gespalten und unter Vermeidung von Druck mit Chlorwasser ausgespült. Später traten die Menses ohne Schmerz ein. Es ist dies der 45. Fall von Uterus bicornis septus unicollis. **Fehling** (Stuttgart).

24. Levertin. Fall von Tetanus puerperalis.

(Hygiea 1879. Juni.)

30jähr. Multipara. Puerperium normal. Am 14. Tage bekam sie Trismus ohne Fieber und mit subjectivem Wohlbefinden. Am folgenden Tage Spuren von Eiweiss im Harne und zunehmender Trismus, woran sich bald Tetanus schloss. Temperatur 39° und bedeutende Albuminurie. Die Respiration wurde stertorös mit starker Unruhe. Am 4. Tage der Krankheit Aufhören der Krämpfe, keine Starrheit des Nackens, sie konnte den Mund öffnen. Temperatur 40°. Collaps und Tod trat bald ein. Die Section zeigte Congestion der Gehirnhäute, auffallende Blassheit dagegen der Pons und Medulla. **Ingerslev** (Kopenhagen).

25. Heerfordt. Tetanus puerperalis.

(Ugeskrift for Loger 3 R. Bd. XXVI.)

Bei der 23jähr. Primipara war die Geburt leicht gegangen. Wegen Retention wurde der Mutterkuchen von der Hebamme entfernt. Normales Puerperium. Am 11. Tage trat Trismus ein mit schneller Verschlimmerung der Symptome. Die starke Cardialgie ausgenommen gab Pat. an, keine Schmerzen zu empfinden. Nach 3 Tagen lethaler Ausgang. **Ingerslev** (Kopenhagen).

26. Meadows. Acute Vergiftung durch Secale, gefolgt von Toleranz gegen die Drogue. (Aus dem St. Marien-Hospital.)

(Med. tim. and gaz. 1879. vol. II, No. 1527. Octbr. 4. p. 397.)

Pat. hatte vor 8 Jahren wegen Uterusfibromen 2 Mal schon Secale bekommen, einmal mit starker, das zweite Mal ohne Wirkung auf den Uterus. Bei neuer

Entstehung von Uteruspolypen wurde in der Absicht, dieselben aus der Uterushöhle herauszutreiben, neuerdings wieder 1,87 Secale gegeben, worauf mächtige schmerzhafte Uteruscontractionen entstanden, die einen orangegrossen Tumor herauspressten, gleichzeitig aber entstand Anschwellung des Gesichts und Arms, Pulsschwäche, Nausea, Kopfschmerz; die Anschwellung dauerte am nächsten Tage noch fort.

Bei einer abermaligen Verordnung nach ca. 10 Tagen wirkte dieselbe Dosis gar nicht, eine nach 6 Stunden gegebene 2. Dosis aber erregte so schmerzhafte Contractionen, dass Morphium gegeben werden musste. Bei einer dritten Anwendung endlich blieben 3 in Intervallen von 6 Stunden gegebene Dosen ohne Wirkung auf den Uterus, doch traten Nausea, Depression und Oedeme ein.

Lühe (Belgard).

27. **Sinnhold** (Connewitz). Sacralparasit.

(Jahrbuch für Kinderheikunde Bd. XIV, Hft. 1.)

Verf. berichtet über ein schon 1jähriges Kind, das einen sanduhrförmigen Tumor auf dem Steissbein trägt, der mit dem Canal des Rückenmarks zusammenhängt und einen harten länglichen Körper enthält.

Im 10. Monat bildete sich ein weiterer mit dem Rückenmarkscanal zusammenhängender Tumor heraus. Zum operativen Eingriffe liegt keine Indication vor.

Fehling (Stuttgart).

28. **J. Hall** (Daris). Intrauterine, gestielte Fibroide als Ursache für Blutung aus der Gebärmutter. (The Lancet 1879. 5. Juli.)

Im ersten Fall reichte die Geschwulst fast bis zum Nabel und hatte Anlass zu sehr schweren Blutungen gegeben. Die Uterushöhle maass 4½″. Ein Theil des Tumors lag im Cervicalcanal und war dort adhärent. Die Adhäsionen wurden mit dem Finger getrennt und ein Versuch gemacht, mit dem Drahtecraseur den Tumor zu entfernen.

Nachdem die Geschwulst so theilweise durchtrennt war, wurde die Operation vollendet durch Tractionen und Drehungen mit dem Ecraseur. Der Tumor war durch loses Gewebe ohne Stiel am Fundus befestigt gewesen, Gewicht 5 Unzen, Länge 4½″.

Ein zweiter Fall wurde ähnlich durch Trennung der zugängigen Verwachsungsstellen mit dem Finger und durch Drehung und Zug mittels einer Polypenzange operirt.

Underhill (Edinburg).

29. **Gontermann** (Halvei). Geschichte eines Uterusbicornis.

(Berl. med. Wochenschrift 1879. No. 41.)

36jährige Frau, stets gesund, seit dem 15. Jahre regelmässig, aber profus menstruirt. Die ersten 6 Jahre endigte jede Schwangerschaft im 3. Monat mit Abortus; die folgende mit der Geburt eines reifen Kindes. Dann wieder 2 Aborte, der letzte am 30. Dec. 1877. 6 Wochen später tritt die Periode wieder auf und blieb regelmässig. Eine Ende März vorgenommene Untersuchung liess eine Schwangerschaft von 5 monatlicher Dauer constatiren und liess einen Uterus duplex als sehr wahrscheinlich annehmen. Im Mai trat die Geburt ein und eine zum Zwecke der Nachgeburtslösung vorgenommene Untersuchung fand am Orificium internum vorn die Uterushöhle durch ein Septum getrennt, die linke Hälfte war der Sitz des Eies gewesen. Wahrscheinlich ist, dass jedesmal, wenn die rechte Hälfte schwanger war, Abort eintrat, sich dagegen in der linken Hälfte die Eier weiter entwickelten. In diesem Jahre endlich gebar die Frau wiederum aus der linken Seite ein lebendes Kind, während die rechte ihre Frucht mit 2 Monaten entleert und weiter menstruirt hatte.

Schellenberg (Leipzig).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S. (Margarethenstrasse 5), an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart (Alleenplatz 3), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Centralblatt

für

GYNÄKOLOGIE

herausgegeben

von

Dr. H. Fehling in Stuttgart. und **Dr. Heinrich Fritsch** in Halle a/S.

Dritter Jahrgang.

Alle 14 Tage eine Nummer. Preis des Jahrgangs 15 Mark, bei halbjähriger Pränumeration. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen und Postanstalten.

Nº. 26. Sonnabend, den 20. December. **1879.**

I. Sind die Quellmittel in der gynäkologischen Praxis nothwendig?

Von

Carl Schröder in Berlin.

Der Aufsatz von Fritsch in der letzten Nummer des Centralblattes veranlasst mich, auch meine Erfahrungen über diesen wichtigen Gegenstand mitzutheilen.

Soviel ich das nachträglich feststellen kann, sind es wohl $1^1/_2$ Jahre her, dass ich in der Privatpraxis zum letzten Mal ein Quellmittel in den Cervix eingelegt habe; auch in der Entbindungsanstalt, in der ich früher sehr häufig zum Pressschwamm und zur Laminaria meine Zuflucht nahm, ist in dieser Zeit wohl nur noch ganz vereinzelt ein Tupelostift angewandt worden.

Wenn ich mich frage, wodurch ich gelernt habe, diese Mittel als

[1]) Da dieser Bericht nicht in deutscher Sprache erschienen ist, so bringen wir ein ausführliches Referat.

entbehrlich zu betrachten, so kann ich nicht, wie Fritsch es thut, uneingeschränkt eine andere Methode als Ersatz dafür angeben. Ein Sortiment von dicken Kupfersonden habe ich mir allerdings auch schon vor mehreren Jahren anfertigen lassen, wende dieselben jedoch nur noch selten an.

Auch kann ich nicht sagen, dass meine Erfahrungen mit dem Pressschwamm so schlimm gewesen wären, dass ich ihn als zu gefährlich grundsätzlich aus dem diagnostischen und therapeutischen Instrumentarium verbannt hätte. Ich habe allerdings Erkrankungen und sogar den Tod darnach eintreten gesehen, glaube aber, dass sich auch diese Fälle durch genügende Vorsicht in der von B. Schultze betonten Weise hätten vermeiden lassen. Immerhin wird man aber zugeben, dass durch die peinliche Beachtung dieser Vorsichtsmassregeln das Verfahren der Dilatation durch Quellmittel ein noch unausstehlich langsameres wird.

Ich halte diese Mittel jetzt für entbehrlich, zunächst weil ich in vielen Fällen, in denen ich früher den Cervix erweiterte, jetzt diagnostische und therapeutische Manipulationen vornehme ohne vorhergegangene Dilatation. Das Mittel dazu giebt mir der scharfe Löffel, den man sich für den uterinen Gebrauch mit etwas längerem und biegsamem Stiel anfertigen lassen muss. Derselbe lässt sich in nicht zu grosser Form ohne Schwierigkeit durch den Cervix durchführen und man kann durch ihn zu diagnostischen Zwecken kleine Partikelchen der Uterusschleimhaut auskratzen, kann aber auch die hypertrophische Schleimhaut total entfernen, ohne vorher den Cervix erweitert zu haben.

Macht dies Verfahren des Auskratzens ohne vorherige Cervixerweiterung die Quellmittel schon in sehr vielen Fällen entbehrlich, so gehe ich, wenn ich es für nothwendig halte, die Uterushöhle für den Finger zugänglich zu machen, so vor, dass ich zunächst die Portio zu beiden Seiten bis ins Scheidengewölbe aufschneide und dann den Uterus entweder durch Druck von aussen über den Finger hinüberstülpe oder durch Muzeux'sche Zangen ihn hinüberziehe. Es gelingt dies in der Regel ganz überraschend leicht, da in den Fällen, um die es sich hier handelt, der obere Theil des Cervix fast stets schon etwas erweitert ist; aber auch wenn derselbe recht eng ist, dringt der Finger doch in die Uterushöhle ein, wenn auch in schwierigen Fällen nicht ohne die eine Seite des Cervix innen etwas einzureissen. Diese oberflächlichen Einreissungen heilen aber, wenn sie nicht inficirt sind, sehr leicht und die Schnitte schliesst man, wenn man seine Absicht in diagnostischer oder therapeutischer Beziehung erreicht hat, sofort durch die Naht.

Durch diese Methoden bin ich dahin gekommen, bei einem ziemlich grossen und mannigfaltigen Krankenmaterial die Quellmittel so gut wie gar nicht mehr anzuwenden.

II. Ueber die Menge der rothen Blutkörperchen bei Schwangeren.[1]

Von

Dr. med. E. Ingerslev (Kopenhagen).

Die Lehre von den Blutveränderungen während der Schwangerschaft ist im Laufe der Zeiten sonderbaren Schwankungen unterworfen worden und ist noch ein Gebiet, wo sichere Grundlage unseres Wissens beinahe nicht erreicht ist.

Während in der ältesten Zeit der Aderlass bei Schwangeren verboten war, weil die gehemmte Menstruation den Drang des Embryo alles mögliche Blut für sich zu verbrauchen andeutete, wurde später ganz umgekehrt das Aufhören der Menstruation als Indication des Aderlasses angesehen, um den mütterlichen Körper von einem Ueberschusse der Ernährungsflüssigkeit zu befreien, und alle Schwangeren wurden venäsecirt. — Eine Reaction hiergegen begann mit den wesentlich von französischen Verfassern angestellten Analysen des Blutes bei Schwangeren.

Diese Untersuchungen — von Andral und Gavarret, Becquerel und Rodier, Regnauld — werden in fast allen geburtshülflichen Handbüchern als ein Dogma angeführt. Ihr Resultat war eine der Schwangerschaft eigenthümliche Blutmischung, charakteristisch durch Verminderung der festen Serumtheile, besonders des Albumins der rothen Blutkörperchen, und Vermehrung der Fibrin- und Wassermenge.

Von klinischer Seite wurde das Hauptgewicht bald auf die Verminderung der rothen Blutkörperchen gelegt, und die Blutveränderung der Schwangern mit derjenigen der chlorotischen parallelisirt (Scanzoni), bald auf die nebenbei supponirte Polyämie, eine Plethora serosa (Cazeaux, Kiwisch).

Schon Kiwisch sprach sein Bedenken gegen die individuellen Verschiedenheiten der Untersuchungen aus, was in der letzten Zeit besonders von Peter hervorgehoben worden ist: »Wenn es nach Andral und Gavarret feststeht, dass 26 von 34 schwangeren Frauen (Frauen aber vom Proletariate einer grossen Stadt, in dürftigen Verhältnissen und unverheirathet lebend) nicht die gewöhnliche Mittelzahl der rothen Blutkörperchen hatten, so kann es doch hieraus nicht als Regel festgestellt werden, dass alle Schwangern anämisch sind. Der Beweis, dass die Blutmischung nicht die gewöhnliche ausserhalb der Schwangerschaft wäre, fehlt.«

Aus der letzten Zeit liegen wie bekannt Untersuchungen dieses Gegenstandes von Nasse, Spiegelberg und Gscheidlen vor.

Als besonders hervortretende Folgen der Schwangerschaft hebt dann Nasse die Blutverdünnung hervor, namentlich also die Verminderung der rothen Blutkörperchen und Vermehrung des Fibrins.

In mehreren Richtungen von diesem Resultate abweichend sind die Untersuchungen von Spiegelberg und Gscheidlen. Ihr

Resumé ist folgendes: 1) Die Blutmenge nimmt während der Schwangerschaft zu, aber nur in deren letzter Zeit; 2) die Hämoglobinmenge wechselt binnen den von der Ernährung abhängigen physiologischen Grenzen; 3) die Vermehrung der Wassermenge, falls sie überhaupt vorkommt, ist unbedeutend.

In einem Punkte weichen somit diese Untersuchungen wesentlich von früheren ab, indem die Hydrämie geleugnet wird, und im Gegensatz zu Nasse keine Verminderung der rothen Blutkörperchen, hingegen eine Vermehrung derselben behauptet wird.

Das Mittel der neuesten Zeit zur Bestimmung der Blutkörperchen in einer gewissen Blutmenge — die Blutzählungsmethode — habe ich bei einer Reihe Schwangerer benutzt, mit diesem Punkte vor Augen, ob eine Verminderung der rothen Blutkörperchen während der Schwangerschaft als Ausdruck einer Hydrämie sich constatiren liess. — Bei meinen Zählungen wurde Hayem's Apparat benutzt, dessen Vortheile gegenüber Malassez' Methode ich hier nicht berühren will.

Zuerst wurde durch Zählungen an gesunden Individuen beider Geschlechter die Normalzahl solcher bestimmt zum Vergleich mit dem Verhältniss bei Schwangeren. Es wurden dazu jüngere Aerzte und Hebammeneleven ausgewählt. Von den ersten wurden 10 untersucht. Die Anzahl der rothen Blutkörperchen in einem Cub.-Millim. Blut war im Mittel **6,08** Millionen (Maximum 6,37, Minimum 5,71 Millionen).

Von nicht graviden Frauen wurden ebenfalls 10 untersucht. Die Mittelzahl war **5,59** Millionen (Maximum 6,28, Minimum 4,99 Millionen). (Nur ganz Gesunde wurden ausgewählt, die Lehrtochter gleich nach ihrer Ankunft vom Lande, bevor der Aufenthalt im Gebärhause ihren Einfluss geltend gemacht hatte.)

Unter den in den letzten Schwangerschaftsmonaten sich meldenden Frauen wurden demnach 40 untersucht. Die Mittelzahl dieser Schwangeren war **5,20** Millionen Blutkörperchen in 1 Cub.-Mm., was im Vergleich mit den nicht graviden Frauen ein Uebergewicht dieser von 0,39 Millionen zeigt. Hieraus eine durch die Schwangerschaft bedingte Verminderung der rothen Blutkörperchen anzunehmen, wäre nicht erlaubt, denn viele von diesen Schwangeren boten krankhafte Symptome dar, und gehörten einer Volksklasse an, die unter besonders ungünstigen hygieinischen Verhältnissen lebt; Dienst- und Fabrikmädchen, welche in grosser Noth die Entbindungsanstalt aufsuchen, von welchen es wohl anzunehmen wäre, dass sie auch ausserhalb der Schwangerschaft untersucht nicht die für gesunde Lehrtochter gefundene Mittelzahl erreicht hätten. Werden nur die Schwangeren berücksichtigt, von denen gesundes Aussehen und keine Krankheiten notirt sind, welche wohl nur mit Recht mit gesunden, nicht graviden Frauen verglichen werden können, so wurde für 22 solche eine Mittelzahl von **5,43** Millionen gefunden, somit im Vergleich mit der Mittelzahl der Lehrtochter eine Differenz von nur **0,16** Millionen, die ausserdem sehr wohl den verschiedenen Lebensverhältnissen zu-

geschrieben werden kann. — Für die restirenden 18 Schwangeren, die schwaches Aussehen oder bestimmte Krankheitssymptome darboten, war die Mittelzahl 4,93, der Unterschied also ganz bedeutend (0,66 Millionen). — **Eine hervortretende Verminderung der rothen Blutkörperchen bei Schwangeren wurde somit nicht constatirt. Zwar wurden geringere Zahlen als bei nicht Graviden gefunden, das Verhältniss war aber kaum anders, als dass die verschiedenen äusseren Momente hier ihren Einfluss geltend machten, ohne dass die Schwangerschaft als das Entscheidende betrachtet werden könnte.**

No.	Alter	Schwangerschaft	Schwangerschaftsmonat	Datum	Rothe Blut-Körperchen in 1 cmm Blut.	Differenz bei der Doppelzählung.
1	28	1	8	12/3. 1877.	5,61 Mill.	2,0 %
			8	26/3. -	5,41 -	1,9 -
			9	15/4. -	5,41 -	1,9 -
			10	25/5. -	5,74 -	2,2 -
2	22	1	6	14/3. -	4,79 -	—
			7	11/4. -	4,63 -	0,9 -
			8	11/5. -	4,64 -	0,01 -
3	31	2	7	24/3. -	4,45 -	0,4 -
			8	22/4. -	4,33 -	6,3 -
			9	19/5. -	4,31 -	0,7 -
4	29	1	9	28/3. -	4,92 -	1,08 -
			9	12/4. -	5,25 -	2,2 -
5	23	1	9	31/3. -	4,96 -	0,8 -
			10	19/5. -	5,21 -	2,2 -
6	19	1	8	9/4. -	5,76 -	3,5 -
			10	1/7. -	5,43 -	2,8 -
7	38	2	8	17/5. -	5,01 -	4,7 -
			9	11/6. -	4,98 -	0,9 -
			10	8/7. -	4,85 -	2,2 -
8	18	1	8	10/4. -	5,35 -	—
			9	17/5. -	5,19 -	2,06 -
9	23	1	8	18/4. -	5,91 -	1,5 -
			9	18/5. -	5,81 -	1,1 -
10	26	2	9	9/5. -	5,32 -	3,6 -
			10	13/6. -	4,86 -	5,9 -
11	23	1	7	30/4. -	5,38 -	0,18 -
			8	31/5. -	5,52 -	3,9 -
			9	26/6. -	5,41 -	2,0 -
12	25	1	8	14/5. -	5,05 -	2,1 -
			9	10/6. -	5,18 -	5,0 -
13	34	2	8	12/5. -	4,26 -	1,3 -
			9	8/6. -	4,79 -	3,2 -
14	23	1	8	23/5. -	5,23 -	2,2 -
			9	19/6. -	5,37 -	6,2 -
15	18	1	7	26/5. -	4,89 -	0,4 -
			8	22/6. -	4,94 -	1,5 -
			9	22/7. -	5,04 -	1,9 -
16	29	2	9	16/6. -	4,91 -	7,8 -
			10	10/7. -	5,33 -	0,9 -

Endlich wurden einige Schwangere zu verschiedener Zeit in der Schwangerschaft untersucht, um möglichst ein progressives Abnehmen

der Menge der rothen Blutkörperchen zu constatiren (Regnauld), oder das entgegengesetzte Verhältniss, wie es wenigstens für die letzten Schwangerschaftsmonate behauptet wird (Nasse). Die wiederholten Zählungen bei 16 Schwangeren sind in vorstehender Tabelle dargestellt.

Ein deutliches Abnehmen der Menge der Blutkörperchen proportional mit der fortschreitenden Schwangerschaft wurde als Regel somit bei weitem nicht gefunden; solches war nur bei 6 Schwangeren der Fall (No. 3, 6, 7, 8, 9, 10), bei den übrigen wurde eine Vermehrung bei der letzten Untersuchung im Vergleich mit der nächst vorigen gefunden, bei den meisten binnen physiologischen Grenzen sich bewegend.

Von den Schwangeren boten 4 Symptome der Schwangerschafts-Nephritis dar. Die Untersuchung gab kein hervortretendes Sinken der Blutkörperchen (5,46 — 5,41 — 5,01 — 4,73 Mill.).

Noch weniger war dies der Fall bei den wenigen eklamptischen Gebärenden, wo Blutzählung möglich war. Bei 4 solchen gab die Untersuchung folgende Zahlen: 6,00—6,12—5,56 und 4,64 Mill. Nur bei der letzten wurde somit eine niedrige Zahl gefunden, bei den übrigen ungewöhnlich hohe; sie waren kräftige robuste Frauen, jene dagegen bleich und schwach.

Insofern die Menge der Blutkörperchen in einem gegebenen Quantum Blut einen Maassstab in der Beurtheilung einer Blutverdünnung, Hydrämie, abgiebt, musste es nach diesen Untersuchungen an Schwangern gesagt werden, dass eine solche Hydrämie sich nicht constatiren liess, indem die niederen Zahlen der Schwangeren im Vergleich mit denen nicht Schwangerer wahrscheinlich zu den ungünstigeren Lebensverhältnissen Erstgenannter in Relation gesetzt werden könnten. —

---

1. Eine Skizze interessanter Beobachtungen auf der geburtshülflichen Klinik für Hebammen des Prof. Weber Ritter von Ebenhof, vom 1. Mai 1878 bis 30. April 1879. — Von Dr. J. Dvoràk, I. Assistenten.

(Casopis ceských lekarsi 1879.)

In dieser Jahresperiode wurden im Ganzen 946 Schwangere aufgenommen; von diesen haben 925 Mütter 938 Kinder geboren; 13 Mal waren Zwillinge. Von den 938 Kindern waren 839 (89,46 %) zeitig lebend, 71 (7,56 %) vorzeitig lebend, 16 (1,7 %) zeitig todt und 12 (1,28 %) vorzeitig todt.

Wochenbett.

Von den 925 Wöchnerinnen erkrankten: 126 (13,6 %) an Febricula (Temperatursteigerung von weniger als 3 Tagen Dauer), alle wurden binnen 10 Tagen gesund entlassen; 106 (11,4 %) an Febris puerperalis, von diesen genasen 96 (90,6 %), 1 wurde mit Exsudatum

peritoneale ins Krankenhaus transferirt und 9 starben. Der Procentsatz der Morbilität und Mortalität im obgenannten Zeitraume verhält sich folgendermassen.

	erkrankten		starben	
Im Monate: Mai, Juni, Juli	38	16,2 %	4	1,7 %
- - August, September, October	27	15,0 -	3	1,6 -
- - November, December, Januar	27	10,4 -	2	0,76 -
- - Februar, März, April . . .	14	5,57 -	—	0,0 -
	106		9	

Von den 925 Kreissenden waren im Ganzen 55,24 % Erstgebärende und 44,76 % Mehrgebärende. Von den an Puerperalfieber erkrankten 106 Wöchnerinnen waren 75 % Erstgebärende und nur 25 % Mehrgebärende. Von den sämmtlichen 55,23 % Erstgebärenden erkrankten 16,4 %, wogegen von den 44,76 % Mehrgebärenden nur 6,7 %. Dr. Dvoràk legt ein grosses Gewicht auf die Zahl und Grösse der bei der Geburt entstandenen Einrisse, sowie auf die Quetschung der Genitalien, indem die häufige Ursache dieser Verletzungen, d. h. die Grösse des Kindes dem Morbilitätsverhältnisse nicht nur entspricht, sondern sogar mit demselben im directen Verhältnisse steht.

Von den, jenen 106 erkrankten Müttern gehörenden Kindern waren 80 (71,33 %) mehr als 3000 g und nur 32 (28,67 %) weniger als 3000 g schwer; von den erwähnten 80 Kindern wogen 25 % mehr als 3500 g. Auch das Durchschnittsgewicht der Kinder bekräftigt jenes Verhältniss, indem dasselbe von 1830 Kindern 3103 g bei nicht erkrankten Müttern, dagegen 3245 g bei erkrankten Müttern betrug. Ferner beobachtete man, dass Mütter, welche als Kreissende oder nach einer Gassengeburt oder nur wenige Tage vor der Niederkunft in die Anstalt aufgenommen wurden, viel öfter und gefährlicher erkrankten, als solche, die längere Zeit in der Anstalt verweilten. Denn von den 106 puerperalkranken Müttern kamen 41,9 % erst im Beginne oder nach der Geburt in die Anstalt, 17,8 % Schwangere gebaren schon in den ersten 14 Tagen ihres Aufenthalts daselbst und nur 40,2 % verblieben länger als 14 Tage. — Auch von den 9 verstorbenen Müttern sind 6 alsogleich oder in den ersten Tagen ihrer Ankunft niedergekommen. Der Grund hiervon scheint nach Dr. Dvořák der zu sein, dass die in der Anstalt weilenden Schwangeren unter besseren hygieinischen Verhältnissen (hinreichende Kost, öfteres Baden) sich befinden und auch mehr einer geistigen Ruhe sich erfreuen, als Schwangere ausserhalb der Anstalt.

Die Zeit der Infection fällt meistens in die ersten 2 Tage nach der Geburt. Von den 106 Puerperalkranken wurde die Erkrankung bei 2,67 % schon während der Geburt nachgewiesen, 66,96 % erkrankten in den ersten 2 Tagen — zusammen 69,64 % —, 28,5 % sind vom 3.—6. Tage und nur 1,79 % nach dem 6. Tage des Wochenbettes erkrankt. — Von den 9 gestorbenen war 1 schon während der Geburt, alle übrigen den 1. oder 2. Tag nach der Geburt erkrankt. — Von den obgenannten Puerperalkranken sind 83,9 % durch Natur-

kräfte und nur 16,1 % durch Kunsthülfe entbunden, von den 9 gestorbenen sind 3 mittels Operation entbunden. Vergleicht man die Zahl der Erkrankten mit der Zahl der unternommenen Operationen, so stellt sich für die Operirten ein sehr günstiges Resultat heraus; denn während dieser 12 Monate wurde:

		erkrankt		gestorben
die Zange angelegt	17	8	7,14 %	1 Part. protractus.
die Wendung gemacht	15	4	3,57 -	1 Acantopelys
perforirt	7	1	0,88 -	—
extrahirt am Steiss	23	—	— -	—
die Placenta abgelöst	5	2	1,78 -	1 Placenta incarc
die Lösung der Eihäute vorgenommen	13	2	1,78 -	—
die Nabelschnur und Hand reponirt	2	—	— -	—
beim Abortus intervenirt	4	1	0,88 -	—
	86	18	16,1 %	3

Von den Operationen ergiebt die Zangenoperation eine am wenigsten günstige Prognose und die Ursache liegt ohne Zweifel in dem Umstand, dass die Zange meistentheils längere Zeit nach Abfluss der Wässer, somit nach langwieriger Quetschung der Weichtheile applicirt wird, als auch deshalb, dass sie am häufigsten bei Erstgebärenden nöthig erscheint, wodurch die Risse noch grössere Dimensionen erreichen. Besonders günstig erscheint der Verlauf des Wochenbettes nach Perforationen, nach denen nur eine einzige Wöchnerin erkrankte, die übrigen aber vollkommen gesund geblieben sind. — Vergleicht man diese Resultate mit denen der älteren Prager Schule, so ist der Unterschied um so auffallender. Von 148 Perforationen aus der Zeit des Jungmann und Seyfert starben etwa 70 % Mütter, da es früher Regel war, nach Abfluss der Wässer noch lange abzuwarten, wodurch oft Gangrän der gequetschten Weichtheile entstand. Zu dem verderblichen Verlaufe des Wochenbettes hat wahrscheinlich auch das beigetragen, dass nach gemachter Perforation die excerebrirte faulende Frucht oft noch längere Zeit im Uterus belassen wurde. Aber auch der gewaltige Seifert'sche Kephalotriptor, dessen man sich früher allgemein statt des viel schmächtigeren Braun'schen Kranioclastes zur Entwicklung des angebohrten Kopfes bedient hatte, trug in der That nicht wenig zur beträchtlicheren Quetschung und zur Vergrösserung der Wunden am Collum uteri und dem Muttermund bei. —

Die Lösung der Placenta pflegt von allen Geburtshelfern mit Recht nicht wenig gefürchtet zu werden; von den erwähnten 5 Fällen erkrankten nur 2 und von diesen ist 1 gestorben — gewiss nicht in Folge des operativen Eingriffes, — sondern in Folge der Infection von Seiten der nicht entwickelten, faulenden Placenta. Aus den beobachteten Fällen schliesst Verfasser, dass bei gehöriger Desinfection der in den Uterus einzuführenden Hand die Lösung der Placenta nicht jene verderblichen Folgen haben kann, wie die leicht mögliche Uebertragung der Infectionsstoffe in die Gefässmündungen mittels nicht gehörig desinficirter Finger. Als Beweis hierfür dienen

uns die günstigen Resultate der, in den meisten Fällen nach Abfluss der Wässer vorgenommenen Wendungen, bei welchen man mit der Hand im Uterus oft mit ziemlicher Kraftanwendung vorgehen muss.

Von den 106 Puerperalkranken wurden geheilt entlassen 91,09 %, 0,88 % transferirt ins Krankenhaus und 0,97 % sind gestorben. Die Resultate, welche in der erwähnten Jahresperiode die Hebammenklinik — welche nur mit einem einzigen Geburtssaal bedacht wurde, deren sämmtliche Locale zum Unterschied von den beiden ärztlichen Kliniken im Parterre sich befinden, somit der Feuchtigkeit weit eher ausgesetzt sind und wo so viele Finger unerfahrener, der strengen Reinlichkeit meistenstheils nicht gewohnter Candidatinnen, die Uebertragung der Infectionsstoffe am leichtesten bewerkstelligen können — aufzuweisen hat, sind höchst befriedigend. Die regelmässige Abnahme der Mortalität und der Morbilität von einem Vierteljahr zum anderen, wie auch der Umstand, dass im Laufe der letzten 6 Monate (bis Ende Mai) von 520 Kreissenden nur eine einzige starb, lässt unwillkürlich den Gedanken auftauchen, auf welchen Principien diese günstigen Resultate wohl beruhen mögen? — Dass da nicht purer Zufall herrscht, wird Jedem zur Genüge einleuchten. Es dürfte somit jedem Arzte willkommen sein, etwas näher in die Verhältnisse der Prager Hebammenschule eingeweiht und mit ihrem antiseptischen Verfahren, mittels welchen daselbst das Puerperalfieber bekämpft wird, näher vertraut zu werden. — Prof. Weber von Ebenhof, beseelt von der antiseptischen Behandlung, führte im Laufe der oberwähnten Jahresfrist die allermöglichsten Massregeln zur Verhütung aller, die Infection bedingenden Momente. Vor Allem ordnete er an, dass die Kandidatinnen auch in ihren gemeinschaftlichen Wohnzimmern mittels Bürsten die Reinigung ihrer Hände sorgfältig vornehmen; weiter wird keine Kandidatin zur Indagation zugelassen, die eine Wunde am Finger oder Schmutz unter den Nägeln oder nicht kurz zugeschnittene Nägel hat. Jede derselben muss vor der Vornahme der inneren Untersuchung die mit Seife gehörig gereinigten Hände zuerst in 2 % Carbolwasser, hierauf in einer Lösung von Kalium hypermanganicum und verdünnter Salzsäurelösung desinficiren. Der untersuchende Finger muss mit 5 % Carbolglycerin eingeölt werden. — Die Scheide jeder neu angekommenen Kreissenden wird mit 2 % Carbolwasser ausgespritzt und die ganze Umgebung der Genitalien mit Seife und Carbolwasser gereinigt. — Ist nach Abfluss der Fruchtwässer die Geburt protrahirt, so wird die Vaginaleinspritzung jede 2 Stunden wiederholt. Zur Desinfection der in die Vagina eindringenden Luft wird vor die Vulva eine in Chlorwasser (1 : 3) getauchte Bruns'sche Watte gelegt. — Nach Abgang der Placenta wird von der Schulhebamme die Scheide mit 2 % Carbolwasser ausgespritzt; nach protrahirten Entbindungen und Gassengeburten, sowie nach Geburten faultodter Früchte und nach jeder Operation wird vom Assistenten selbst unverzüglich eine Intrauterindouche mit 3 % Carbolwasser vorgenommen. — Alle Fissuren werden mit Catgut, Damm-

rupturen mit carbolisirter Seide genäht. — Bei starken Quetschungen der Scheide wird gleich nach der Geburt Watte mit Kampherschleim getränkt in die Scheide eingelegt. — Zu allen normalen Geburten führte Prof. Weber von Ebenhof den Handspray, zu Operationen den Dampfspray ein. Die Placentae werden bis zur Uebertragung auf einem entlegenen Orte in Carbolwasser aufbewahrt. Kindesleichen werden sogleich ins pathologische Institut übertragen; alle Kammern für unreine Wäsche werden mit Chorkalk desinficirt.

Zur Verhütung der Infection in den Wochenzimmern dienen folgende Massregeln: Die Ausspritzung der Genitalien (jede 3. oder 2. Stunde) wird bloss mittels gekochten, lauwarmen 2 % Carbolwassers, welches in eigenen, aus Porcellan oder Steingut gefertigten Gefässen von 8—13 Liter Inhalt aufbewahrt wird, vorgenommen. — Die an Febris puerperalis erkrankten Wöchnerinnen werden mittels 2 % Carbol-Kamillenwassers ausgespritzt. — Alle zinnernen Gebärmutterröhren wurden durch gläserne ersetzt. — Bei allen Verletzungen der Scheide legt man vor die Compresse einfache Bruns'sche Watte, die bei entstandenen Geschwüren in 2 % Carbolöl getaucht und bei gangränösen Geschwüren mit Kampherschleim imprägnirt wird. — Die nicht belegten Wochenzimmer werden mittels Carboldampfspray desinficirt und die Bettstätten mit Carbolwasser gereinigt. — Die Wärterinnen müssen ihre Hände vor und nach jeder Berührung der Genitalien der Wöchnerin in 2 % Carbolwasser abwaschen. — Dem Bestreben des Prof. Weber von Ebenhof gelang es bereits die Strohsäcke theilweise durch Drahtmatratzen zu ersetzen. — Zur Durchführung der erwähnten antiseptischen Cautelen sind gewissenhafte und gediegene Wärterinnen und strenge Aufsicht von Seite der Aerzte höchst nothwendig. — Nicht wenig von Belang ist das sofortige Eingreifen bei den ersten Symptomen der Erkrankung durch intrauterine 3 % Carboleinspritzung und die frühzeitige Darreichung von Abführmitteln. Uebrigens ist unsere Therapie rein symptomatisch. In neuerer Zeit wurden statt des Chinin Versuche mit Natrium- oder Magnesium salicylicum, Natrium oder Magnesium benzoicum gemacht, doch die Erfolge sind noch zweifelhaft.

Partus protractus.

Eine protrahirte Geburt ist gewiss für jeden praktischen Arzt höchst unangenehm. Theils durch ein voreiliges Eingreifen, theils durch zu langes Abwarten kann das mütterliche und kindliche Leben in Gefahr kommen und der Arzt viel Unheil anrichten. Es ist daher das Ermessen und die Bestimmung des Momentes zum rechtzeitigen Eingreifen die höchste Kunst eines Geburtshelfers. — Wenn sich die antiseptische Behandlung in der Geburtshülfe überhaupt bewährt hat, so sind es namentlich an erster Stelle die protrahirten Fälle, bei welchen durch dieselbe die glänzendsten Resultate erzielt werden können. Der Erfolg der wiederholten Vaginal- und Uterinalinjectionen war selbst bei eingetretenen Schüttelfrösten überraschend. — Gegen

Wehenschwäche werden warme Wasserbäder angewendet; innerlich verabreichte Mittel sind sehr unzuverlässig; auch das Pilocarpin liess uns bei hochgradiger Atonie des Uterus im Stiche. Bei ungenügender Entleerung des Mastdarms bewährten sich zuweilen Klystiere, die wahrscheinlich auch auf dem Wege des Reflexes zur Verstärkung der Wehen führten. Die Diät solcher Kreissenden sollte leicht verdaulich, aber kräftig sein, um eine vorzeitige Erschöpfung und Verfall der Kräfte hintanzuhalten. Auch die Körpertemperatur darf nicht aus dem Auge gelassen werden. Sobald sich beim ödematösen Muttermund und höher temperirter Scheide ein Schüttelfrost oder eine Temperatursteigerung zeigt, ist es Zeit, energisch einzugreifen und das in solchen Fällen ohnehin schon verlorene Kind zu opfern; ein längeres Zuwarten ist gewöhnlich für die Mutter in Folge der drohenden Gangrän verderblich. Bei hochstehendem Kopfe und nicht gehörig retrahirtem Muttermunde lasse sich der praktische Arzt nicht leicht zur Application der Zange verleiten. — Hierauf folgt die detaillirte Beschreibung der 11 beobachteten, protrahirten Fälle. 1) Allgemein verengtes Becken, C. d. 10,2, Dauer der Geburt 50, Perforation, Kranioklasie, Puerperium normal. — 2) Plattes Becken, C. d. 10,5, protrahirte Geburt von 57 Stunden, Schüttelfrost und Fieber während der Geburt, Genesung. — 3) Allgemein verengtes Becken, C. d. 10,5, Dauer der Geburt $99^1/_2$ Stunden, Zange, Tod. — 4) Plattes Becken, C. d. 10,8, Dauer der Geburt $53^3/_4$ Stunden, Zange, Bronchialkatarrh, Puerperium normal. — 5) Atonia uteri, Physometra, Dauer der Geburt $68^1/_2$ Stunden, Becken normal, Perforation und Kranioklasie, Genesung. — 6) Plattes Becken, C. d. 10,5, protrahirte Geburt von $33^3/_4$ Stunden, Febricula, Genesung. — 7) Plattes Becken, C. d. 11, Stirnlage, Dauer der Geburt 57 Stunden, Perforation und Kranioklasie, Puerperalfieber, Genesung. — 8) Plattes Becken, C. d. 10,8, Dauer der Geburt 92 Stunden, Zange, Puerperium normal. — 9) Plattes Becken, C. d. 10,8, Dauer der Geburt 51 Stunden, Zange, Puerperium normal. — 10) Plattes Becken, C. d. 10,5, protrahirte Geburt von $54^1/_2$ Stunden, Puerperalfieber, Genesung. — 11) Allgemein-verengtes Becken, C. d. 10,2, Dauer der Geburt 50 Stunden, Perforation und Kranioklasie, Puerperium normal.

Perforation und Kranioklasie.

Wie schon bemerkt, wurde die Perforation in obgenannter Jahresfrist in 7 (0,74 %) und die Kranioklasie in 5 (0,53 %) Fällen aller (938) Fälle vorgenommen. Von den Kreissenden waren 3 I para im Alter von 21—25 Jahren, 2 II para im Alter von 21—40 Jahren, 1 V para von 43 Jahren und 1 VI para von 44 Jahren. Die Indication zum operativen Eingriff war in 4 Fällen verengtes Becken und zwar 3 Mal plattes Becken (combinirt 2 Mal mit Stirnlage und 1 Mal mit Zertrümmerung des Schädels) und 1 Mal allgemein-verengtes Becken (combinirt mit Scheitellage); in 1 Falle musste zur Perforation des nachfolgenden hydrocephalischen Kopfes geschritten werden und 1 Mal beim

normalen Becken wegen Physometra und absoluter Atonie des Uterus. In 3 Fällen wurde ein lebendes, in 4 Fällen todtes Kind perforirt. Von den operirten Müttern erkrankte nur eine einzige, die übrigen blieben gesund; keine ist gestorben. Ausser den Fällen, die in der Reihe der protrahirten Geburten verzeichnet wurden, verdienen noch folgende besondere Berücksichtigung:

1. Hydrocephalus congenitus; Perforation des nachfolgenden Kopfes, Puerperium normal.

2. Mässig verengtes Becken; Zertrümmerung des Schädels, Perforation und Kranioklasie, Puerperium normal.

Zange.

Die Entwicklung der Frucht mittels der Zange wurde im Ganzen nur in 17 (1,8 %) Fällen vorgenommen und zwar 15 Mal bei I paren und 2 Mal bei II paren. Das Alter der I paren war bei 9 höher als 28 Jahre, 1 war 30, eine 33 und eine 34 Jahre alt. Die Indication zur Zangenanlegung war in der Mehrzahl dieser Fälle absolute Wehenschwäche, in 5 Fällen relativ schwache Wehen bei mässig verengtem Becken (D. B. 18), einmal plattes Becken (D. B. 17), einmal allgemein-verengtes Becken (D. B. 16,5, C. d. 10,5), einmal Eklampsie und zweimal ein synostotischer Schädel. — Zehnmal wurde die Zange im Beckencanal und 7 Mal im Beckenausgang, in 11 Fällen bei I para und 6 Mal bei II para bei Hinterhauptseinstellung angelegt. Der Erfolg der Operationen war folgender: 13 Kinder blieben am Leben, 4 Kinder wurden todt entwickelt. Von den Wöchnerinnen erkrankten 4 an Febricula, 8 an Puerperalfieber (von diesen starb 1), 5 Mütter blieben vollkommen gesund. Das Durchschnittsgewicht der mit der Zange entwickelten Kinder betrug 3368 g, das schwächste hatte ein Gewicht von 2340, das stärkste 4200 g.

Wendung auf den Fuss.

Diese wurde bei 15 Kreissenden 16 Mal, d. i. in 1,7 % aller Geburten vorgenommen. Von den Müttern waren 5 I parae im Alter von 22—26 Jahren und 10 Multipara 22—40 Jahre alt. Die Indication war in 13 Fällen Querlage, in 2 Fällen war die Querlage combinirt mit plattem Becken (C. d. 9,6 und 10,2), ausserdem wurde die Wendung 2 Mal bei Kopflagen wegen verengtem Becken (C. d. 9,6 und 9,8) und einmal bei Schräglage vorgenommen. Im Ganzen wurde die Wendung 10 Mal vor und 6 Mal nach Abfluss der Fruchtwässer gemacht. Von den Kindern wurden 8 gerettet, 2 todt und 6 scheintodt, die nicht mehr belebt wurden, entwickelt. Von den Müttern blieben 7 vollkommen gesund, 4 erkrankten an Febricula und 4 an Puerperalprocess. Das Durchschnittsgewicht der entwickelten Kinder betrug 2778 g; das schwächste hatte ein Gewicht von 1860, das stärkste 3460 g. Von den vorgenommenen Operationen werden 3 interessantere Fälle beschrieben:

1) Plattes Becken, C. d. 9,6, Kopflage, Wendung auf den Fuss, Mutter und Kind gesund.

2) Querlage, vorzeitiger Abfluss der Wässer, Wendung, Genesung.

3) Vernachlässigte Querlage, Wendung in der Narkose, Puerperium normal.

Extraction

wurde, die 16 Wendungen nicht mitgerechnet, 7 Mal bei Steisslage, 5 Mal bei I paren und 2 Mal bei Multiparen vorgenommen; 6 Kinder wurden lebend und 1 todt entwickelt; das schwächste hatte ein Gewicht von 2010, das stärkste von 3180 g. Von den Wöchnerinen blieben 5 gesund, 2 erkrankten an einer leichten Febricula.

Rectification der Gesichtslage.

Es werden 3 Fälle angeführt, in welchen es ohne besondere Mühe gelungen ist, die ungünstige Einstellung bei Gesichts- und Stirnlage in eine günstige zu verwandeln, wodurch die Geburt rasch beendet wurde.

1) Plattes Becken, D. B. 17, C. d. 10,2, IV. Gesichtslage verwandelt in I. Hinterhauptslage.

2) Normales Becken, IV. Gesichtslage verwandelt in I. Gesichtslage.

3) Plattes Becken, D. B. 17, C. d. 10,8, II. Stirnlage verwandelt in II. Gesichtslage.

Blutungen.

Nach der Geburt wurden in der erwähnten Jahresperiode 10 (1,08 %) Blutungen beobachtet. Die Ursache der Metrorrhagie war meistentheils Atonie des Uterus, einmal zurückgebliebene Placentar- und einmal Eihautreste. Die Geburt war in allen Fällen durch Naturkräfte beendigt; 7 Mal war der Geburtsverlauf ein zu rapider, in 3 Fällen ein normaler. Bei der Blutstillung hat man gewöhnlich zu mehreren Mitteln Zuflucht genommen. Nach gründlicher Ausräumung wurde der Uterus mit Eiswasser ausgespritzt. Das heisse Wasser von 40° R. liess uns bei profusen Metrorrhagien einige Mal im Stiche. Innerlich wurde Glühwein, Ergotin und bei grösserem Blutverlust kräftige Fleischsuppen verabreicht, Schwefeläther subcutan injicirt und zu den Füssen Wärmflaschen gelegt. — Bei profusen Blutungen darf der Arzt niemals unterlassen, die sinkenden Kräfte durch Reizmittel anzuregen und die Körpertemperatur durch künstliches Erwärmen zu erhalten trachten. Die Kinder der von der Blutung befallenen Mütter waren meistens auffallend stark, nur bei 2 Kindern betrug das Gewicht weniger als 3500 g. Im Puerperium erkrankten 3 Mütter an Puerperalfieber, 1 an Pleuritis, 6 blieben gesund, keine ist gestorben.

Eklampsie

wurde nur in 2 Fällen bei einer 20- und 30jähriger I para, 1 Mal während und 1 Mal nach der Geburt beobachtet. Im ersten Falle wurde die Chloroformnarkose und Chloralhydrat, im 2. subcutane Morphiuminjection angewendet. Beide Mütter genasen.

Verengtes Becken

wurde im Ganzen bei 78 (8,4 %) Kreissenden beobachtet und zwar bei 47 I paren und 31 Multiparen. Von diesen 78 Fällen wurden beobachtet:

1) Allgemein-verengtes Becken 8 Mal (0,86 % aller Mütter), bei zweien (C. d. 10,5 und 10,2) wurde die Geburt auf operativem Wege beendigt; 6 Mal ohne ärztliches Zuthun. —

2) Einfach plattes Becken 67 Mal (72 %); 14 Mütter wurden mittels Operation, 53 durch Naturkräfte entbunden. —

3) Plattes rachitisches Becken bei 3 (0,32 %) Kreissenden; C. d. 10,5—10,8; Operation war in keinem Falle nöthig.

Im Ganzen wurde in den 78 Fällen von verengtem Becken 20 Mal operirt: Forceps 7, Perforation 4, Kranioklasie 3, Wendung 4, Rectification von Gesichtslage 2; in 62 Fällen war der Geburtsverlauf normal.

Von den operirten Müttern erkrankten 6 an Puerperalprocess (1 ist gestorben), 9 blieben gesund. Von den Müttern, die normal geboren haben, erkrankten 11 an Puerperalfieber (gestorben ist eine), 4 an Febricula, 18 blieben gesund. Bei verengtem Becken stellt sich die Zahl der an Febris puerperalis Erkrankten (21,8 %) viel höher heraus, als die Morbilität überhaupt (11,2 %). Das Durchschnittsgewicht der Kinder bei Verengerung des Beckens zeigte sich etwas kleiner, als der Kinder überhaupt 2991 : 3083 g.

Retentio placentae.

Die 2 beobachteten Fälle bewogen Dr. Dvorák zum gründlicheren Studium über die Retentio placentae.

1) Placenta incarcerata durch 35 Stunden, Puerperalfieber, Tod. Die 18jährige I para N. wurde den 30. December 1878 um 1 Uhr Nachts nach 33 stündiger Geburtsdauer normal von einem lebenden Knaben entbunden. Aus der Vagina entleerte sich bis 8 Uhr früh nur spärlich Blut und auch der Zustand der Kreissenden liess auf keinen erheblichen Blutverlust schliessen, nur der Puls war beschleunigt, 124 in der Minute, die Kreissende aufgeregt und über unerträgliche Schmerzen in der Gebärmutter und im Kreuz klagend. Die Gebärmutter fand man um diese Zeit bis zum rechten Hypochondrium reichend, oben sattelförmig eingebogen und die rechte Tubargegend zu einem faustgrossen Tumor ausgewölbt. Bei der inneren Untersuchung war die Vaginalportion weich, schlaff, der äussere Muttermund leicht für 3—4 Finger durchgängig, Collum lang, das innere Orificium aber in Form eines Ringes krampfartig contrahirt, kaum für einen Finger durchgängig. Ueber der verengten Stelle erreichte man mit der Fingerspitze ein Blutcoagulum und den abgelösten unteren Umfang der Placenta; doch das Eindringen mit dem Finger war auch bei gleichzeitigem Druck von aussen völlig unmöglich. Trotz der Ausspritzung des Uterus und Opiumklystieren wurde die ganze Placenta erst nach 35 Stunden nach der Geburt entwickelt. Die Wöchnerin erkrankte gleich den ersten Tag nach der Entbindung, die Temperatur war anhaltend hoch, Puls beschleunigt, die Lochien übelriechend und den 8. Tag in der Nacht verschied die Wöchnerin. — Die pathologische Diagnose lautete: Endometritis, Peritonitis pur., Degeneratio parenchym. hepatis, lienis et renum, Sepsis puerperalis.

2) Abortus placenta incarcerata, Entwicklung nach 10 Stunden, Puerperalfieber, Tod.

Die 28jährige I para hatte am 9. Juli um $8^1/_2$ Uhr früh in der Stadt nach einem grossen Blutverlust eine fünfmonatliche Frucht geboren; die Nachgeburt blieb jedoch zurück. Da der herbeigerufene Arzt wegen Straffheit des Orificium nach mehreren Versuchen in die Uterushöhle einzudringen nicht vermochte, schickte er die Kreissende in die Gebäranstalt. Bei der Ankunft war die Kreissende hochgradig anämisch und verfallen, Puls kaum zu fühlen, 116 in der Minute, Temperatur 37,1. Das Orificium kaum für die Fingerspitze durchgängig. Nebst Analepticis wurde ein Opiumklysma und zu den Füssen Wärmflaschen gegeben und lauwarme Carbolinjectionen in das Orificium gemacht, so dass es in 1 Stunde gelang, in die Uterushöhle einzudringen und die Placenta allmälig zu entfernen. Wegen wiederholter Erschlaffung des Uterus musste eine Ausspritzung mit Ferrum sesquichloratum vorgenommen werden und neuerdings Stimulantia, Moschus, Aether, Wein und Fleischbrühe gereicht werden. — Gleich den 1. Tag stieg die Temperatur und der Puls. Im Laufe der nächsten Tage war die Temperatur anhaltend hoch, Puls sehr beschleunigt, die Lochien übelriechend, das linke Parametrium empfindlich. Die Vagina wurde täglich aller 2—3 Stunden mit 3 % Carbolwasser ausgespritzt. Am 4.—5. Tage stellten sich Schüttelfröste ein, am 6. Tage wurde die Wöchnerin theilnahmslos, am 7. Tage trat an der Brust und am Bauche ein miliarer Ausschlag auf, die Zunge war belegt, im linken Parametrium eine Resistenz zu tasten und die Kranke collabirt; den 9. Tag Mittags trat plötzlich eine Aenderung ein, die Kranke wurde unruhig, furchtsam, delirirte; die Temperatur stieg um 2 Uhr Nachmittags auf 42° C., der Puls betrug 132 in der Minute, kalter Schweiss trat am ganzen Körper auf und um 4 Uhr Nachmittags verschied die Kranke. Pathologische Diagnose lautete: Peritonitis circumscripta, Endometritis gangränosa, Degeneratio adiposa cordis, Oedema pulmonum, Anämia universalis. —

Nun geht Dr. Dvorák genauer in die Litteratur ein, bespricht weitläufig die Diagnose, Prognose und Therapie der Placentarretention, wobei er sich auf die Erfahrungen Hegar's beruft und eine grosse Reihe von Autoren, die ähnliche Fälle beobachtet und beschrieben haben, citirt. — **Halík** (Prag).

---

2. **Weiss** (Prag). Ueber das Wesen der sogenannten spontanen Nabelblutung der Neugebornen.

(Prager med. Wochenschrift 1879. No. 30 und 31.)

Nach den Angaben amerikanischer, englischer und deutscher Aerzte aus Gebäranstalten sind spontane Nabelblutungen sehr selten. Auffallend ist dagegen das häufige Vorkommen in der Findelanstalt zu Prag. Ueber die Aetiologie und das Wesen der Krankheit herrscht insofern noch Unklarheit, indem die Frage offen ist, ob Erkrankung

der Nabelgefässe, oder transitorische hämorrhoidale Diathesen oder irgend eine andere Krankheit die Ursache abgiebt.

Verf. beschreibt einen Fall, wo bei einem frühgebornen Kind am 2. Tage die Nabelschnur abfiel, es erfolgte Blutung aus dem Rest und am selben Tag der Tod. Es fanden sich Ecchymosen an der Haut der Brust und des Bauches; die subcutanen Hautvenen des Bauches ausgedehnt. Foramen ovale und Ductus Botalli offen, ausserdem eine interstitielle Leberentzündung. Diese, wahrscheinlich syphilitischen Ursprungs hatte zur Stauung im Pfortadersystem und dadurch wahrscheinlich zur Blutung geführt.

Ein Jahr darauf starb ein 3 Tage altes Mädchen derselben Mutter an Blutungen aus dem Nabel. Diesmal fanden sich Gummata der linken Lunge und adhäsive Peritonitis.

Ferner bekam ein Kind einer pockenkranken, an Nachgeburtsblutung verstorbnen Mutter am 3. Tag Ecchymosen über den Körper und Blutbrechen, sowie Nabelblutung, der es am 4. Tag erlag.

Ein weiterer Fall betrifft ein reifes kräftiges Mädchen, das von der ersten Stunde nach der Geburt an, an asphyktischen Anfällen litt, die sich häufig wiederholten. Später traten Convulsionen, Petechien, leichte Nabelblutung, Tod ein. Eine Section wurde nicht gemacht, trotzdem hält sich Verf. berechtigt, den Fall als acute Fettentartung der Neugebornen zu deuten.

Endlich wurde das 7. schwächliche Kind einer durch Gemüthsbewegungen deprimirten Frau am 12. Tag von Blutungen aus der Tags zuvor abgefallnen Nabelschnur befallen. Ebenso blutete es aus einer kleinen Wunde am Oberkiefer. Druckverband styptischer Baumwolle auf den Nabel, Lapistouchirung am Oberkiefer nebst Darreichung der Brust führte zur Heilung.

Im Allgemeinen tritt die spontane Nabelblutung besonders im Frühjahr und Frühsommer auf, mit Vorliebe in Findelanstalten, häufiger bei Knaben. Ungenügende Ernährung der Frucht in der Schwangerschaft und dürftige Entwicklung der Gebornen geben eine Prädisposition. Die Entzündung der Nabelgefässe kann nicht die Ursache der Blutung sein, sondern diese tritt eben häufig im Gefolge der Septichämie auf, welche wie Pyämie, Variola, acute Fettentartung, Syphilis die Ursache der Blutung abgiebt. Auch mechanische Störungen durch Behinderung der Respiration sind nicht ohne Einfluss.

Nach Grandidier spielt auch Ikterus eine grosse Rolle. Schweren Ikterus sehen wir ja bei septischer Infection der Neugebornen, bei acuter Fettdegeneration, bei angeborner Lebercirrhose. Endlich ist Hämophilia congenita als Ursache der Nabelblutung anzuführen.

Die Nabelblutungen sind also: 1) infectiöser Natur, 2) bei hereditärer Syphilis, 3) bei mechanischer Stauung, 4) als Ausdruck der Hämophilie.

Das häufige Auftreten am Nabel hat seinen natürlichen physiologischen Grund. Der Nabel ist nämlich nach Ritter in 70 % der Fälle betheiligt.

Die Blutung erscheint häufiger nach als vor Abfallen des Nabelstrangs. Das Blut sickert meist parenchymatös in Tröpfchen hervor, selten aus den Nabelgefässen selbst. Die Gerinnungsfähigkeit ist verschieden.

Die Begleiterscheinungen sind natürlich je nach der Grundursache verschieden. Die Prognose ist immer ungünstig.

Die Therapie anlangend so enthalten die allgemeinen Vorschriften für Mutter und Kind nichts besonderes.

Locale Behandlung wird in den Vordergrund gestellt. Das Ferrum candens verworfen, dagegen Druck mit Kork, Wachs, graduirter Compresse empfohlen. Ligatur ist meist zwecklos. Am besten Compression mit trockner styptischer Baumwolle.

Fehling (Stuttgart).

---

3. **Schwarz** (Halle a/S.). Die Aetiologie der puerperalen Blasenkatarrhe.

Inaug.-Diss. Halle 1879.

Verf.'s Arbeit gipfelt in dem Satz, dass Blasenkatarrh bei Wöchnerinnen stets eine Infectionskrankheit ist.

Ebensowenig wie die traumatischen Insulte intra partum, kann die durch wiederholte Einführung des Katheters im Puerperium auf die Blasen- und Urethralschleimhaut ausgeübte mechanische Irritation wirklichen Katarrh erzeugen; desgleichen ist Retentio urinae unter den ätiologischen Momenten zurückzuweisen, denn niemals tritt Zersetzung des Urins spontan bei Retentionen ein. Dagegen sind Ursachen des puerperalen Blasenkatarrhes:

1. Die Einführung phlogogener resp. fermentativer Stoffe direct in die Blase durch den Katheter und
2. das spontane Weiterschreiten entzündlicher Processe aus der Nachbarschaft auf die Blasenschleimhaut.

Eine Zusammenstellung von 32 Erkrankungsfällen an Blasenkatarrh unter praeter propter 1100 Wöchnerinnen der geburtshülflichen Klinik zu Halle a/S. aus den Jahren 1868—1875 ergiebt, dass in weitaus den meisten Fällen, die die Infection bewirkenden Substanzen direct durch den Katheter in die Blase eingeführt wurden.

Unter den 32 Fällen von puerperalem Blasenkatarrh (20 Fälle von einfachem Blasenkatarrh, 12 mit katarrhalischer Nephritis complicirt) entstanden nur 2 durch Fortleitung der Entzündung aus der Nachbarschaft, die übrigen 30 (21 absolut sicher, 9 mit grösster Wahrscheinlichkeit) in Folge von Einführung phlogogener oder fermentativer Stoffe durch den Katheter. Daher befällt der Blasenkatarrh auch nicht vorzugsweise Wöchnerinnen, die schwere Geburten überstanden haben, oder die an entzündlichen Affectionen der Umgebung der Urethra und Blase erkrankt sind, sondern solche, die katheterisirt wurden.

Antiseptische Massregeln (vor Allem ist auch Lufteintritt zu ver-

meiden, indem der Katheter mit Carbollösung gefüllt in die Blase eingeführt wird) schützen sicher gegen die Uebertragung der schädlichen Fermente; seit 1875 gehört in der hallenser geburtshülflichen Klinik bei Beobachtung antiseptischer Cautelen ein puerperaler Blasenkatarrh, durch Katheterismus entstanden, zu den seltensten Ereignissen.

Schliesslich sei noch erwähnt, dass Verf. annimmt, auch im Lochialsecret seien unter sonst ganz normalen Verhältnissen die schädlichen Substanzen vorhanden. **Th. Kölliker** (Halle a/S.).

---

4. **Underhill** (Edinburgh). Eine einfache Methode der Entbindung bei schwierigen Steisslagen.

(Brit. med. Journ. 1879. Oct. 11.)

Verf. erinnert an die Schwierigkeit, die manchmal bei Steisslagen erwächst, wenn der Steiss im Becken feststeht und es unmöglich ist, ein Bein herunterzuholen oder sonstige Zugmittel anzuwenden. Er berichtet einen Fall, wo schon von einem Collegen Zug mittels des in der Leiste über den Schenkel geschlagenen Fingers versucht worden war. Der Steiss stand im Beckenausgang, der Rücken sah nach hinten rechts. In der Narkose führte er die 4 Finger der linken Hand über das Os ilium hinauf, und zog auf beiden Seiten der Wirbelsäule an den Cristae ilium. Verf. konnte so einen kräftigen Zug ausüben und das Kind lebend in wenig Minuten entwickeln. Er empfiehlt daher den Handgriff als sehr einfach und ungefährlich, statt instrumenteller oder sonstiger schwieriger Hülfe.

Fehling (Stuttgart).

Casuistik.

5. Aus der geburtshülflichen Gesellschaft zu London.

(Med. Tim. and Gaz. vol. II. No. 1531. 1879. November 1. p. 513.)

Harvey hört nach dem Absterben des Fötus ein eigenthümliches Rasselgeräusch über dem ganzen Uterus, welches sich zwischen gross- und kleinblasigem Crepitiren hält und von Stoltz als Folge der gasigen Zersetzung des Liq. Ammnii gedeutet wird. Burnton will es als Muskelgeräusch auffassen.

Lühe (Belgard).

(Ibid., No. 1532. 1879. November 8. p. 540.)

Lawson sah aus einem Eczem der Brustwarzen, das aller Behandlung widerstand, Brustkrebs hervorgehen, daher ist Excision die richtigste Behandlung, wie er auch bei Ichthyosis der Zunge diese zum Theil exstirpirt, weil er aus solchen Stellen Carcinom entstehen sah.

Thin glaubt, dass das Eczem sich erst zu schon bestehendem Krebs hinzugeselle, wogegen Morris sich Lawson anschliesst, da er in einem Fall gesehen hat, dass das Eczem 6 Jahre lang der Krebsentwickelung voranging; doch will letzterer wegen der Seltenheit des Zusammenhangs die frühe Entfernung, mit welcher alle Uebrigen übereinstimmen, nicht gutheissen. **Lühe** (Belgard).

6. Aus der geburtshülflichen Gesellschaft zu Leipzig, Sitzung vom 16. Juni 1879. (Deutsche med. Wochenschrift 1879. No. 45.)

Hinze: Ascites, einen Ovarientumor vortäuschend. Versuchte Laparotomie.

30jährige Frau, 5 Mal geboren, zuletzt Februar 1879, seit einem Jahre Magenschmerzen, Erbrechen, Stuhlanomalien. Nach der Niederkunft Verschlimmerung dieser Symptome, dazu eine unter grossen Schmerzen allmälig vom Becken aus wachsende Geschwulst. Status praes. Starke Abmagerung, Leib durch eine pralle cystische Geschwulst, die bis zum Rippenrand reicht, aufgetrieben. Links im Becken ein kleiner, harter Tumor, der wandständig in der Cyste zu sein schien. Die Punction ergab eine helle, sehr albuminreiche Flüssigkeit. Probeincision in der Medianlinie. Der Schnitt eröffnete die fast bis zum Nabel reichende, mit der Bauchwand fest verlöthete leere Blase. In dem nach oben verlängerten Schnitt erschien eine weisslich glänzende, derbe Wand; es wurde eine Verwachsung des Peritoneums mit der Cystenwand angenommen und die Bauchwunde geschlossen. Tod nach 10 Tagen. Section. Abgekapselter Ascites, seitlich, hinten und oben durch verlöthete Därme, vorn durch Blase und Bauchwand gebildet. Fibromyom des linken Ovariums, chronische Peritonitis. Carcinoma ventriculi. Strictur des Pylorus.

Schellenberg (Leipzig).

7. Verhandlungen der geburtshülflichen Gesellschaft zu Cincinnati im Februar — Juni 1879.

(The Amer. Journ. of Obstetr. vol. XII. 1879. No. 3. Juli. p. 644; No. 4. Oct. p. 780.)

Palmer berichtet über eine Dystokie bei einer Deutschen in Folge von einem Fibroid des Fundus: schwere Wendung, Tod am 5. Tage, Kind? Die Section zeigte, dass der Tumor 10 ℔ wog und in den verschiedenen Durchmessern 8″, 7″ und 6″ gross war. Bemerkenswerth für uns ist noch die gelegentliche Bemerkung P.'s, dass bei deutschen Frauen sehr häufig Hängebauch gefunden werde.

Trusch hat bei einem Kinde nach Entbindung mit der Zange bei einer Conjugata von $3^3/_4$″ ausser einem Caput succedaneum auf dem linken Tuber parietale und den Eindrücken der Zangenblätter am rechten Ohr und linken Stirnhöcker noch eine Fissur mit Depression gesehen, welche zuerst $1^1/_2$″ lang vertical, dann $^3/_4$″ lang längs verlief und beide Scheitel- und Stirnbeine betraf. Das Kind starb nach 26 Tagen.

Wright hat Chloral bei Entbindungen, zumal von Iparis, zu grosser Erleichterung derselben in mehrmaligen Dosen von 1 g gegeben und dabei eher eine stimulirende Wirkung auf den Uterus als das Gegentheil gesehen. Ferner hat er es in einer Salbe 0,6 auf 30,0 Vaseline äusserlich bei wunden Brustwarzen und Pruritus Vulvae mit bestem Erfolge angewandt, ebenso innerlich gegen das Erbrechen Schwangerer.

Reamy sah bei einer Schwangeren 3 Wochen nach einem heftigen Schreck Absterben des 6monatlichen Fötus unter ausgedehnter Fettdegeneration der Placenta, ca. 14 Tage nach diesem Absterben Geburt eines todtfaulen Fötus bei nicht geborstenen Eihäuten, endlich nach dieser septichämische Erscheinungen, Genesung. — Auch Underhill hat einen Fall beobachtet, welcher die Möglichkeit einer Puerperalinfection der Mutter durch einen todtfaulen Fötus bei unversehrten Eihäuten entgegen der Ansicht Schröder's beweisen soll.

Lühe (Belgard).

8. Verhandlungen der Gynäkolog. Gesellschaft zu Boston, Januar bis April 1879. (The Amer. Journ. of Obstetr. vol. XII. 1879. No. 4. Oct. p. 795.)

Marcy hat aus einer Geschwulst in Abdomine durch den Aspirator eine eiterähnliche Masse entleert, welche sich als eine Fettemulsion erwies. Bald darauf

starb die Frau; die Section zeigte eine rechtsseitige Ovariencyste, in welcher Haare und Zähne enthalten waren, sie war allerseits stark adhärent.

Loring plaidirt in einem längeren allseitig beifällig aufgenommenen Vortrag für Schonung der jungen Mädchen zur Zeit der Pubertätsentwickelung, sowie in den jedesmaligen menstruellen Tagen. Lühe (Belgard).

9. Geburtshülfliche Gesellschaft von Edinburg, Sitzungen vom Febr. und März cr. a.

(The obstetr. Journ. of Great Britain and Ireland No. LXXX. 1879. Novbr. p. 509.)

Croom räth gegen den senilen Prolapsus Uteri das Thomas'sche Pessar an, das er mehrfach zu grosser Erleichterung der Kranken angewandt hat.

Russell Simpson ist kürzlich dem von James Simpson »dorsal Displacement« genannten Vorfall des Arms bei einer Multipara begegnet. Kopf hoch im Becken, in 2. Schädellage, zu seiner linken Seite, zwischen Ohr und Symphyse, ein Ellbogen, wie nachher in der Chloroformnarkose bei Untersuchung mit der ganzen Hand zu ermitteln gelingt, der des linken Arms. Application der Tarnier'schen Zange und sanfte, aber stetige Tractionen. Beim tieferen Eintritt des Kopfes in das Becken blieb der Arm im Uterus zurück, um erst mit dem Rumpf zugleich wieder herabzugelangen. S. glaubt als Ursache Irregularität der Uterusthätigkeit annehmen zu müssen, daher bisher nur bei Multiparen beobachtet; ferner stand in allen bisher bekannten 6 Fällen das Hinterhaupt rechts und der Arm lag links daneben. Lühe (Belgard).

10. Verhandlungen der geburtshülflichen Gesellschaft zu Philadelphia, Sitzungen vom Januar bis Juli 1879.

(Amer. Journ. of obstetr. vol. XII. No. 3. p. 630 und No. 4. p. 766.)

Githens hat zufällig bei Verabreichung von Morphium mit Atropin die Beobachtung gemacht, dass hierdurch nicht allein kein Aufhören der Wehenthätigkeit, sondern im Gegentheil eine Beschleunigung und Verstärkung derselben veranlasst werde, wenigstens bei Ablauf der normalen Schwangerschaftsdauer und selbst in voller Dosis. Gillette habe darüber Experimente gemacht und dasselbe gefunden.

Parish theilt eine Operationsgeschichte von Herff in St. Antonio (Texas) mit, welcher wegen eines Krebses den ganzen Uterus exstirpirte, indem er ihn aus seiner Peritonealbedeckung ausschälte und nur kleine Theile an den Tuben stehen liess — Blutung, Genesung, später Recidiv in der Nachbarschaft (nähere Daten fehlen. Ref.).

Washington Baker legt das von Fitzgibbon in Norfolk präparirte und im Journ. abgebildete Skelett einer rachitischen Zwergin von 3′ 6″ Höhe, an welcher von Holmes der Kaiserschnitt gemacht worden war, nebst dem Kopf des betreffenden Kindes vor. Die Conjugata war $1\frac{3}{4}''$, der quere Durchmesser $4\frac{1}{2}''$, im Beckenausgang der gerade $3\frac{1}{2}''$, der quere $4\frac{1}{2}''$, der longitudinale Durchmesser des Kindskopfes $4\frac{3}{8}''$, der parietale $3\frac{3}{4}''$, vom Kinn zum Hinterhaupt $5\frac{5}{8}''$. Die Pat. hatte die Operation 3 Tage überlebt, das Kind war todt, da zuerst die Craniotomie versucht worden war. — Hieran knüpft Harris einige Bemerkungen über 110 in den United States gemachten Kaiserschnitte, von denen 23 bei Zwerginnen und zwar 17 bei solchen der weissen Rasse. Hervorzuheben ist hieraus, dass aus seinen statistischen Erhebungen über die Zeitdauer der Geburt im Verhältniss zum Ausgang der Operation, hervorgeht, dass Erschöpfung bei diesen armen Wesen schon sehr frühe, oft schon nach 2 Stunden eintritt, also noch mehr als sonst frühe Operation indicirt ist. Lühe (Belgard).

11. Verhandlungen der geburtshülflichen Gesellschaft von New-York. Sitzungen im Jan., Febr., März, April, Mai und Juni 1879.

(The Amer. Journ. of obstetr. vol. XII. No. 3. p. 595; No. 4. p. 740.)

Bake fand als Geburtshinderniss einen beträchtlichen Ascites des einen Zwillingsfötus; nach dessen Punction die Geburt leicht zu beenden war;

Nöggerath musste einmal wegen eines Lebertumors exenteriren, welcher von Weber in Heidelberg als Carcinom bestimmt wurde. Auch Skene sah einen ähnlichen Fall, doch konnte er die Geburt durch die Zange beenden; das Abdomen des Fötus war durch eine Geschwulst ausgedehnt, die der Leber und Milz anzugehören schien, doch wurde die Obduction verweigert.

Mundé zeigt einen Embryo von 8 mm Länge, welchen er auf höchstens 3 Wochen Alter schätzt. Derselbe zeigt deutliche Augen, Ober- und Unterextremitäten sind angedeutet, eine breite und 2 schmalere Visceralplatten.

Bei einer Frau, die auch während der Gravidität schon Oedeme und Albuminurie gehabt hatte, sah Thomas unmittelbar post partum Convulsionen, Chloroforminhalationen und subcutane Pilocarpin-Injectionen, Genesung. Durch diese Mittheilung wird eine Discussion über den Werth des Pilocarpins veranlasst, aus welcher nur hervorzuheben, dass Jenkins als Contraindication bestehende Bronchorrhöe bezeichnet und Gillette nach seinen Erfahrungen im Entbindungshause gefunden haben will, dass das Mittel bei Fällen plötzlicher puerperaler Temperatursteigerung und drohender Septichämie, bei welcher Chinin ohne Effect gegeben war, plötzlichen Temperaturabfall und Genesung herbeiführte.

Simpson hält einen Vortrag über abdominelle Drainage der Ovarialcysten, in welchem er diese in allen Fällen adhärenter Tumoren der Ovariotomie zu substituiren vorschlägt. Er wies auf die besseren Resultate quoad vitam hin, welche Spencer Wells bei seinen unvollendet gelassenen und mit Drainage behandelten Ovariotomien gegenüber den vollendeten Operationen, wenn Adhäsionen bestanden, erzielt hatte. Er will nach dem Einschnitt in die Bauchwand den Sack aus der Wunde herausheben, punctiren und dann von der Innenfläche des Sackes aus nach den Adhäsionen fühlen, eventuell auch ausserhalb des Sacks mit einer Sonde nach ihnen suchen. Sind keine Adhäsionen vorhanden — Ovariotomie; sind aber solche vorhanden — Excision des freien Theils der Cystenwand, Vernähung des verwachsenen Restes mit der Wunde und Drainage. Hiermit verspricht er sich bei consequenter Durchführung der Antiseptik sehr sichere Resultate. Pallen hat mehrere Fälle so operirt und trotz Antiseptik verloren, ebenso Dusk. Skene findet die Durchführung der Antiseptik bei diesem Verfahren gerade besonders schwierig, daher der häufige Misserfolg.

Chamberlain hat einen Fall von Prolongation der Schwangerschaft bis auf 12 Mondsmonate vom Eintritt der letzten Menstruation an gerechnet, gesehen; noch länger ist die von Lewis beobachtete Frist von 341 Tagen in einem von Mundé mitgetheilten Fall. **Lühe** (Belgard).

12. **Müller** (Oldenburg). Directer Verschluss einer Gebärmutterblasenfistel. (Berliner klin. Wochenschrift 1879. No. 41.)

39jährige VI para; Gemini, 1. Fusslage, 2. Querlage. Nach 15stündigen Wehen Wendung und Extraction. Gleich nach der Geburt unwillkürlicher Urinabgang. Gebärmutterblasenfistel.

Operation in der Seitenlage ohne Narkose (Morphium). Nach Spaltung der vorderen Muttermundslippe ovale Anfrischung der Fistelränder und Naht mittels Seegrasfäden und der Robert-Collin'schen Hohlnadel, prima reunio. Verf. empfiehlt das Seegras dringend als Nähmaterial. **Schellenberg** (Leipzig).

13. **Moerloose** (Brüssel). Zwillingsschwangerschaft; Eklampsie; Extraction zweier lebender Kinder; Ruptur einses vulvo-vaginalen Thrombus; schwere Blutung; Phlegmasia alba dolens; Heilung.

(Gaz. obstetr. 1879. No. 6.)

Der den Inhalt ziemlich erschöpfend wiedergebenden Ueberschrift ist nur noch hinzuzufügen, dass es sich um eine 26jährige Erstgebärende handelte. Das erste Kind wurde in Fusslage extrahirt, das zweite mittels des Forceps. Unmittelbar darauf trat der Bluterguss ein, der die ganze linke Beckenhälfte einnahm; desin-

ficirende Behandlung. Im Verlaufe des Wochenbettes entwickelte sich eine Parametritis, an die sich dann die Phlegmasie anschloss.

Schellenberg (Leipzig).

14. **Th. Kennard** (St. Louis). — Merkwürdiger Fall von tödtlicher Genitalblutung. (St. Louis med. and Surg. Journ. 1879. Juni.)

Verf. wurde plötzlich in seiner Sprechstunde von einem jungen Manne in einen Gasthof zu einem 17jährigen Mädchen gerufen, welches er in dem Zustande der vollkommensten Anämie fand, pulslos an Temporalis, Radialis, Dorsalis pedis. Oberfläche kalt und weiss wie Marmor, Respiration langsam, unregelmässig, spasmodisch; grosser Durst; Unruhe. Das ganze Bett triefte von Blut, welches durch die Matratze auf den Boden geflossen war. Verf. fand die Scheide mit Blutgerinnsel gefüllt, welche er entfernte, und durch einen festen Wattetampon ersetzte. Die rasche Untersuchung ergab weder eine fühlbare Verletzung der Genitalien noch eine Vergrösserung des Uterus. Trotz Analepticis starb Pat. 30 Minuten nach Verf.s Ankunft. Vor ihrem Tode gestand Pat. mit einem Manne die vorige Nacht zugebracht zu haben (und zwar nicht zum ersten Male), leugnete aber positiv jede Gewaltthat seinerseits oder den Gebrauch irgend eines Instrumentes. Als Verf. die Pat. sah, hatte die Blutung 8 Stunden gedauert. Bei der Section wurden alle Organe (Uterus, Tuben u. s. w.) normal gefunden, mit Ausnahme der Vagina, an deren unterem Dritttheile 5 deutliche Längsrisse der Schleimhaut vorhanden waren, 2 grössere und 2 kleinere rechts, und ein kleinerer nach hinten. Um diese Risse war das Gewebe bedeutend ecchymosirt. Verf. meint, Pat. habe geglaubt, sie sei schwanger und habe irgend ein Instrument eingeführt, um einen Abortus hervorzurufen und mit diesem die Risse in der Vaginalmucosa gemacht; sonst könne er sich deren Entstehen nicht erklären. (Warum nicht durch das gewaltsame Einführen eines ungewöhnlich grossen Penis, dessen Dimensionen bei der gerichtlichen Untersuchung unerklärlicher Weise nicht beachtet wurden? Solche Fälle sind ja mehrfach angegeben z. B. unlängst in einem Canada-Journale, wo der Mann nach längerer Abwesenheit beim stürmischen Coitus das Scheidengewölbe seiner etwa 50jährigen Frau zersprengte, und ihr fast das Leben raubte.)

P. F. Mundé (New-York).

15. **Degen** (Rottweil). Ueber Nabelschnurverblutung.

(Württemb. medicin. Correspondenzblatt 1879. Aug. 18.)

Verf. berichtet über eine von ihm beobachtete Verblutung aus einer gut und regelrecht unterbundenen Nabelschnur, die, spät entdeckt, in ungefähr 5 Stunden nach der Geburt zum Tode des reifen Kindes geführt hatte. Es liess sich eine gewöhnliche Silbersonde (eine doch etwas allgemeine Definition) in das Lumen des Nabelstranges zwischen der Ligatur durchschieben, so dass man mit der Sonde leicht in die Bauchhöhle gelangte. Verf. sucht die gewiegte, brauchbare und gewissenhafte Hebamme zu entschuldigen, und meint, für diesen Fall reichte das Wissen der Hebamme nicht hin, um das Kind und sie selbst vor Gefahr zu schützen. Die Hebamme hatte erst eine Stunde nach der Geburt die Nabelschnur, da diese sehr sulzreich war und viele falsche Knoten zeigte definitiv und regelrecht (?) unterbunden und war noch eine weitere Stunde bei der Frau geblieben. Davon aber, dass sie in dieser zweiten Stunde, oder doch wenigstens vor ihrem Abgange das Kind noch einmal aufgebunden und seinen Nabel besichtigt hätte, wie es den württembergischen Hebammen stets aufs Strengste eingeschärft wird, redet D. nicht.

Die Strafe der Hebamme: wegen fahrlässiger Tödtung acht Tage Gefängniss und Tragung der Kosten des Verfahrens, wird jeder, der die Saumseligkeit namentlich der alten, in eine gewisse Sicherheit eingewiegten Hebammen kennt, sehr niedrig gegriffen finden. **Herdegen** (Stuttgart).

16. **Defontaine** (Paris). Alveolarcarcinom des linken Ovariums.

(Progr. méd. 1879. No. 31.)

Bei einem Mädchen von 16 Jahren entwickelte sich im Laufe von 2 Jahren ein Ovarientumor, dessen operative Entfernung schon nach $^5/_4$ jährigem Bestehen

vorgenommen werden sollte, wegen vermutheter Adhäsionen aber unterlassen wurde. Unter zunehmendem Wachsthum der Geschwulst, rascher Abmagerung und Entkräftung starb Pat. im Jan. 1879. Bei der Autopsie fand sich ein 2070 g schwerer, mit dem Uterus durch die linke Tube als Stiel zusammenhängender Tumor, welcher nirgends verwachsen, an der Oberfläche glatt, von derber Consistenz und an vielen Stellen verkäst war und sich unter dem Mikroskop als reticulirter Epithelialkrebs erwies. Daneben fand sich ein 700 g schweres Packet krebsig entarteter Lymphdrüsen, welches neben der linken Niere seinen Sitz hatte und den linken Harnleiter etwas nach oben verdrängte. **Engelhorn** (Winnenthal).

17. **Netzel.** Fall von Tubarberstung.

(Hygiea 1879. Juni.)

Bei der Berstung unter den gewöhnlichen Symptomen in der 4.—6. Woche war das Ei in seiner Totalität zu einem Hämatom verwandelt; der Embryo wahrscheinlich in der Unterleibshöhle verschwunden. Es hatten fortgesetzte Blutungen zwischen Ei und Tubarwand stattgefunden, bis der Tod unter Blutung und Berstung eintrat. Am Präparat war keine Veranlassung zur Retention des Eies in der Tuba zu entdecken. **Ingerslev** (Kopenhagen).

18. Aus dem Kings-College Hospital (Station des Dr. Duffin), Fall von septischer Pneumonie mit Thrombose der Uterinvenen, der Vena cava inf. und femoral. dextra.

(Med. tim. and gaz. 1879. vol. II. No. 1518. p. 123. August 2.)

Frau von 38 Jahren, hat mehrmals geboren, zuletzt 23. April 1879, aufgenommen 16. Juni mit Fieber, Diarrhoe, Husten, Frösten; Uterus, welcher während der Gravidität prolabirt, aber ohne Mühe sofort reponirt war, wieder prolabirt; an der Vorderwand der Vagina Geschwür durch Druck der vorderen Lippe, fötider Ausfluss, Infiltration des linken unteren Lungenlappens. Unter heftigem Fieber mit häufigen Schüttelfrösten erfolgt am 30. der Tod. Section ergiebt Thrombose der Uterinvenen der rechten Seite, welche sich in die rechte Schenkelvene und die Vena cava fortsetzt, Zerfall der Thromben. Pleuritis, in den Lungen hämorrhagische keilförmige Infarcte und Abscesse, zumal in der linken Lunge. (Dieser Fall, an sich einfach genug, ist interessant wegen der späten Entstehung der embolischen Pyämie, über 2 Monate post partum. Ref.).

Lühe (Belgard).

19. **E. Trechsel** (Locle). Ueber placenta praevia.

(Correspondenzblatt für schweizer. Aerzte 1879. No. 20.)

1) 27jährige Drittgebärende. Blutung, Muttermund 5 Franken gross, Placenta praevia lateralis. Wendung des 7monatlichen, querliegenden Fötus auf einen Fuss mittels Einführung der halben Hand, sofortige Extraction, Expression der Placenta. Kind asphyktisch, starb bald, Mutter erholte sich rasch.

2) 36jährige 11 Geschwängerte. Blutung im 7. Monat. Am 2. Tage mässige Anämie, Cervix ziemlich lang, im inneren Muttermund Placentargewebe, kein Blutabgang, Blase stehend. Kopf hoch in zweiter Position. Bei Ruhe erst nach 24 Stunden wieder Blutung. Muttermund wie Tags vorher 2 Franken gross. Deshalb Tamponade und zwar mit gebrauchter Leinwand, weil sonstiges Material fehlt. In der folgenden Nacht Schüttelfrost und hohes Fieber, am nächsten Morgen Muttermund etwas weiter, deshalb in der Narkose Wendung auf einen Fuss und Extraction, manuelle Entfernung der mit einem Randstücke vorliegenden Placenta. Das Kind athmete einige Male, starb aber bald, die Mutter erholte sich zunächst ziemlich gut, aber die Fröste wiederholten sich täglich, trotz Carbolinjectionen in Vagina und Uterus und Pat. starb am 6. Tage an Infection, wohl in Folge der Anwendung der unreinen Tampons.

3) 37jährige 9 Gebärende. Bedeutende Anämie und Entkräftung, Muttermund weit offen, Placenta central in weiter Ausdehnung vorliegend und in die Scheide hängend. Kopf hoch in zweiter Position, Blase stehend. In der Narkose Wendung

mit erneuter Blutung. Placenta stark adhärent, zum Theil im Cervicaltheil, weshalb keine Contraction und erneute Blutung folgte. Trotz vieler Stimulantien 1/2 Stunde nach der Geburt Tod. Das Kind lebte schon vor Vornahme der Wendung nicht mehr.

4) 36jährige 3 Geschwängerte. Im 6. Monat mehrere kleine Blutungen, durch Secale rasch gestillt. Mitte des 7. Monats neue heftige Blutung, Muttermund etwas erweitert, Placenta praevia centralis. Tamponade mit in Carbolöl getauchten Leinwandpfropfen. Ziemlich kräftige Wehen. Am Tage darauf neue Blutung nach Entfernung der Tampons. Bei weiterem Muttermund ohne Narkose combinirte Wendung und Extraction. Kind todt. Placenta im Cervicaltheil adhärent. Mässiger Collaps, durch Aetherinjection rasch gehoben. Wochenbett günstig.

Die Behandlung dieser 4 Geburten war dadurch erschwert, dass sie auf dem Lande, zum Theil weit vom Wohnort des Verf. stattfanden.

Die Besprechung der Indicationen zur Behandlung der Placenta praevia muss im Original nachgelesen werden. **Oeri** (Basel).

20. **H. Chiari.** Aus der Prosectur des St. Anna-Kinderspitals in Wien.

(Jahrbuch für Kinderheilkunde Bd. XIV. Hft. 2 und 3.)

1) Ueber ein Cor triloculare (unoventriculare, biatriatum) bei einem 4 1/2jährigen Knaben.

Das Kind starb an Diphtheritis. In gesunden Tagen hatte sich wohl häufig Athemnoth, doch keine Cyanose gezeigt. Die Section ergab das vollständige Fehlen des Septum ventriculorum.

2) Ueber einen Fall von Mikrogyrie (Heschl) bei einem 13monatlichen, idiotischen Knaben.

Die Hirnoberfläche zeichnete sich auf der lateralen Fläche der Grosshirnhemisphären dadurch aus, dass sie bei geringer Ausbildung der gewöhnlichen typischen Windungen mit sehr zahlreichen, dicht stehenden, seichten Kerben versehen war.

3) Mannsfaustgrosses congenitales Myxofibroma capitis.

An der Leiche eines 7 Tage alten Knaben fand sich von der rechten Seite der Nasenwurzel ausgehend eine apfelgrosse harte Geschwulst gestielt ansitzend. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dass die Geschwulst in der Hauptmasse aus fasrigem Bindegewebe bestand. Stellenweise fand sich Schleimgewebe. Ausserdem Fett, Pigment und reichliche kalkartige Concretionen.

Ahlfeld (Leipzig).

21. **A. Breiner** (Siklós). Fremdkörper im Uterus.

(Orvosi hetilap 1879. No. 43. [Ungarisch.])

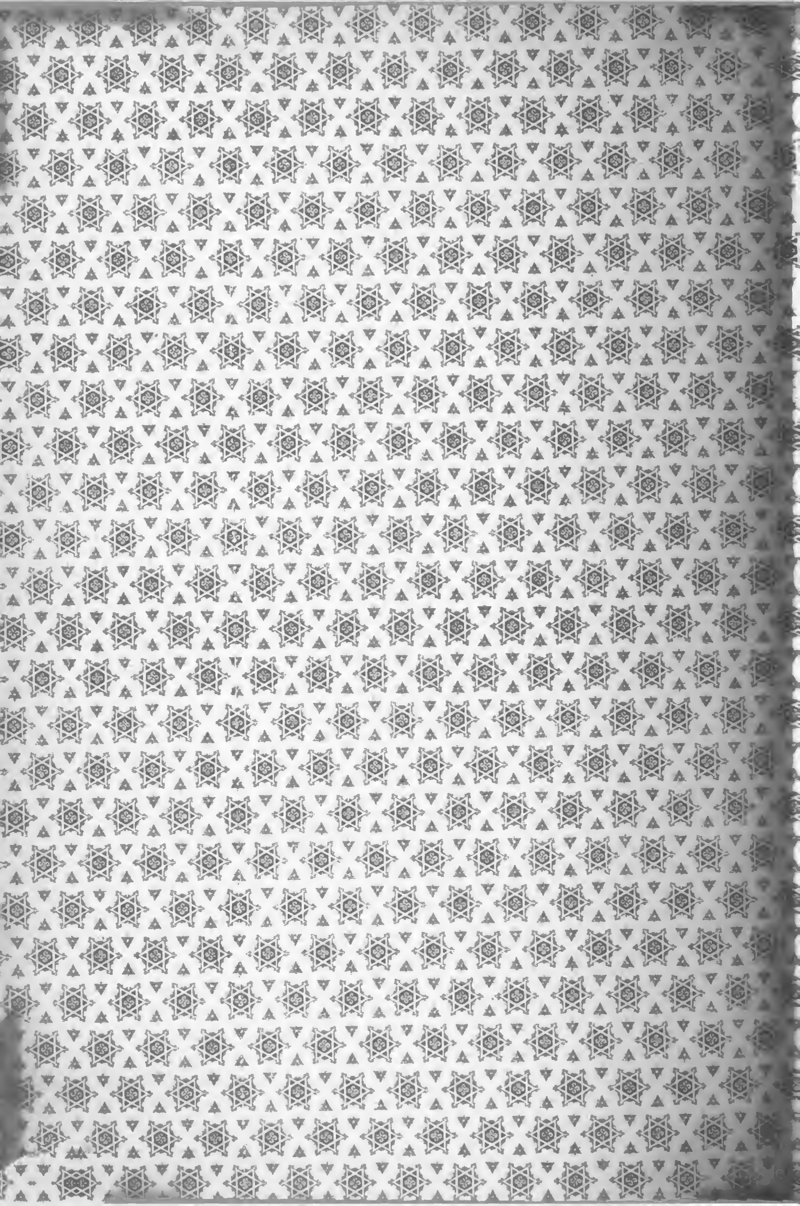
Breiner wird zu einer 22jährigen, seit 3 Wochen an Metrorrhagieen leidenden Bäuerin gerufen. Er findet die Kranke hoch anämisch, unruhig, über heftige Schmerzen im Becken klagend. Die Anamnese ergiebt, dass sich Genannte ein Stäbchen in den Uterus behufs Einleitung des Abortus selbst eingeführt; welches auch durch das Os uteri gefühlt wird und transversal im Uterus unbeweglich festsitzt.

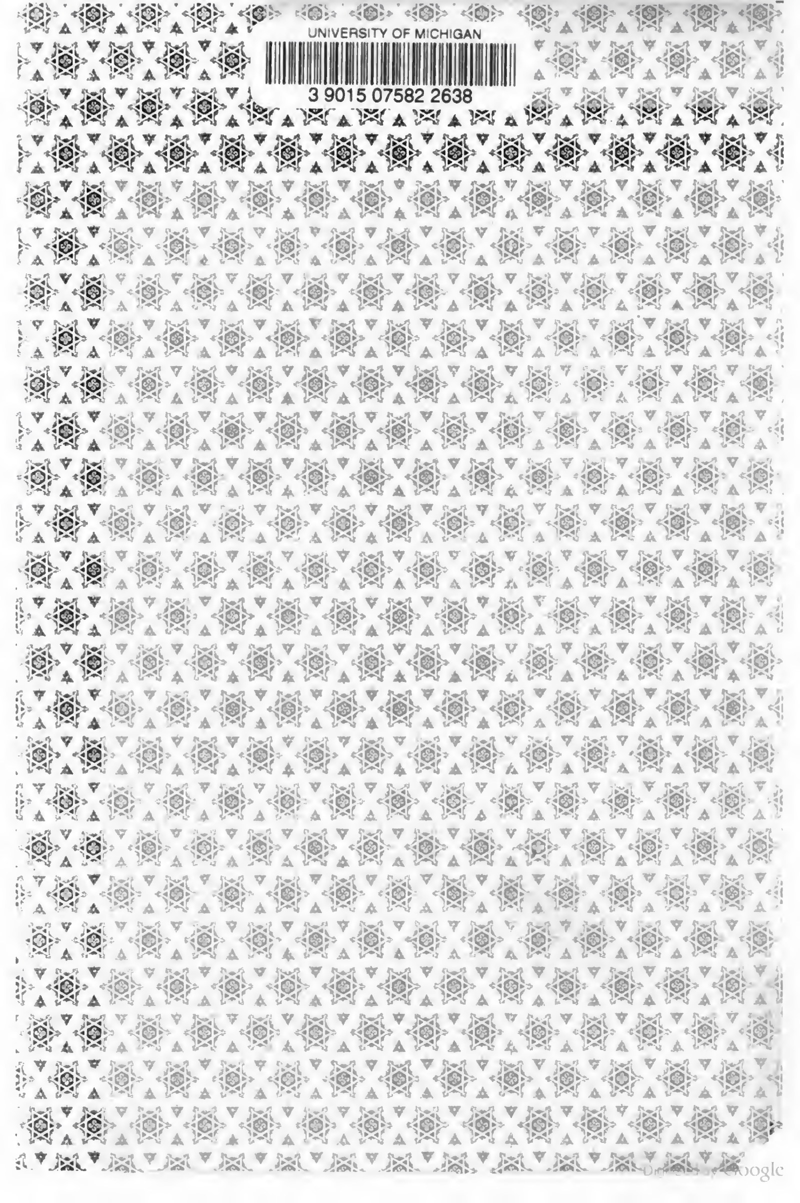
Mit Hülfe eines (höchst primitiven!) Häkchens wird das Stäbchen gebrochen und in zwei Theilen entfernt; dasselbe ist ein 6,5 cm langes, 1,5 cm dickes trockenes Kirschbaumästchen. Die sonst sehr marantische Kranke stirbt nach zwei Wochen an durch Erkältung herbeigeführtem Brechen und Diarrhöe. Auffällig ist, dass diese einfache Bauersfrau das Orific uteri an sich selbst zu finden im Stande war. (Dieser Fall bereichert die Litteratur um einen neuen Fremdkörper; wirft aber ein trauriges Bild auf die Landbevölkerung und ärztliche Landpraxis! Die angezogene Erkältung, Brechen und Diarrhöe wird wohl als eine septische Peritonitis zu deuten sein. Ref.) **Elischer** (Budapest).

Originalmittheilungen, Monographieen und Separatabdrücke wolle man an *Professor Dr. Heinrich Fritsch* in Halle a/S. (Margarethenstrasse 5), an *Dr. H. Fehling* in Stuttgart (Alleenplatz 3), oder an die Verlagshandlung *Breitkopf und Härtel*, einsenden.

Druck und Verlag von Breitkopf und Härtel in Leipzig.

Hierzu **Titel** und **Register** für Jahrgang 1879.




UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07582 2638

